

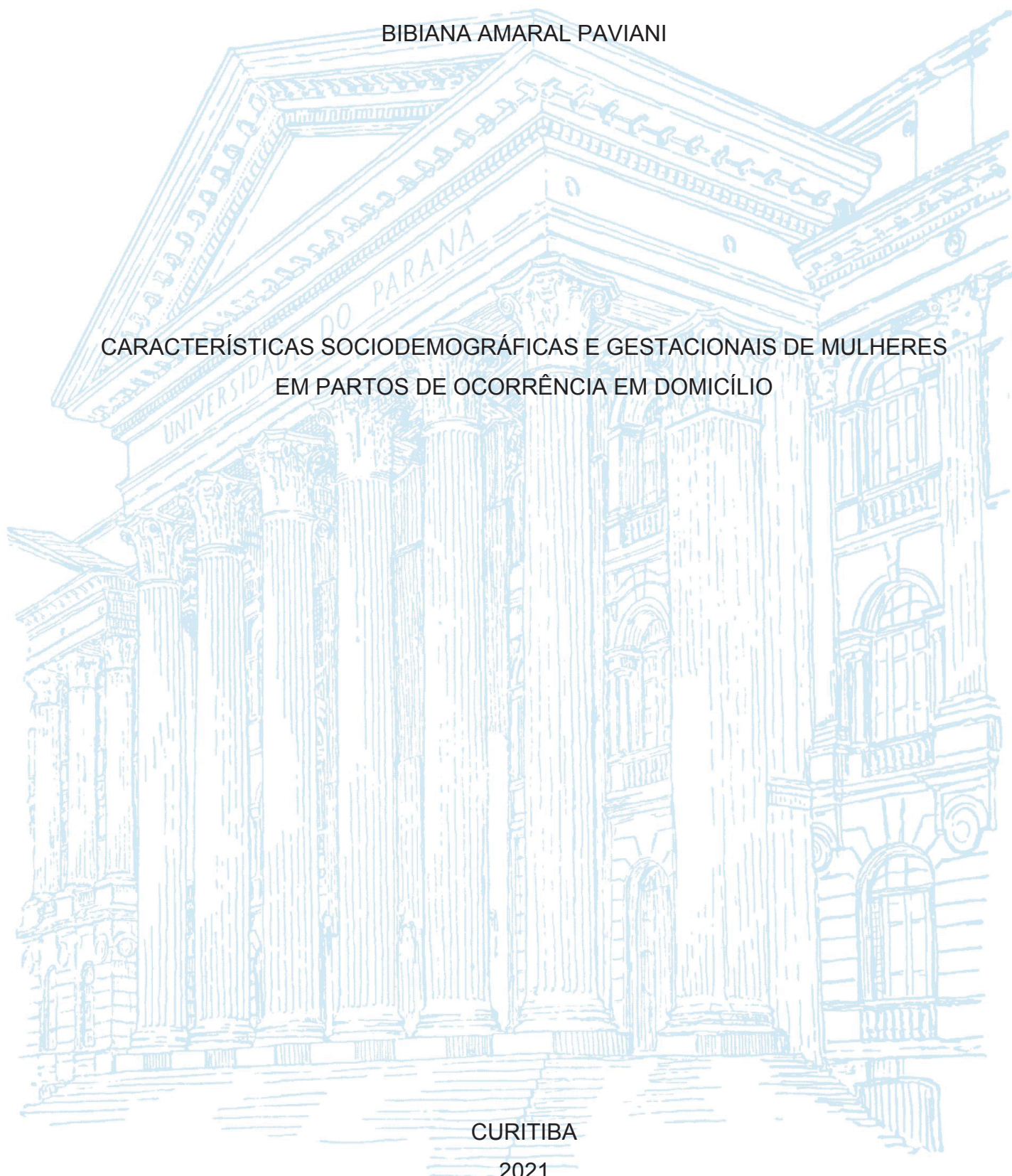
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BIBIANA AMARAL PAVIANI

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GESTACIONAIS DE MULHERES
EM PARTOS DE OCORRÊNCIA EM DOMICÍLIO

CURITIBA

2021



BIBIANA AMARAL PAVIANI

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GESTACIONAIS DE MULHERES
EM PARTOS DE OCORRÊNCIA EM DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Regina Rossi
Kissula Souza

Coorientadora: Prof^a Dr^a Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Paviani, Bibiana Amaral

Características sociodemográficas e gestacionais de mulheres em partos de ocorrência em domicílio [recurso eletrônico] / Bibiana Amaral Paviani – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Enfermagem obstétrica. 2. Parto domiciliar. 3. Saúde da mulher. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Trigueiro, Tatiane Herreira. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **BIBIANA AMARAL PAVIANI** intitulada: **CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E GESTACIONAIS DE MULHERES EM PARTOS DE OCORRÊNCIA EM DOMICÍLIO**, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

20/07/2021 08:27:51.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

20/07/2021 10:08:11.0

LUCIANA PUCHALSKI KALINKE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

02/07/2021 10:08:19.0

SUSANNE ELERO BETIOLLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

05/07/2021 16:44:11.0

ANA PAULA XAVIER RAVELLI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgef@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 99123

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 99123



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Avenida Prefeito Lothario Meissner, 3400, Bloco didático II - Bairro Jardim Botânico, Curitiba/PR, CEP 80210-170
Telefone: 3361-3756 / 3361-3757 / 3361-3799 - <http://www.ufpr.br/>

Ofício nº 18/2021/UFPR/R/SD/PPGENF

Curitiba, 09 de setembro de 2021.

Do: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Para: Biblioteca Central

Assunto: **Alteração no título da dissertação de Bibiana Amaral Paviani.**

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23075.059202/2020-41.

À Biblioteca Central,

Informamos que o título na dissertação da discente BIBIANA AMARAL PAVIANI possuía um erro de grafia e foi corrigido após a ata e o termo de aprovação já estarem assinados e finalizados no Siga, não sendo mais possível corrigir o título no termo de aprovação. O título correto é "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E GESTACIONAIS DE MULHERES EM PARTOS DE OCORRÊNCIA EM DOMICÍLIO".

Atenciosamente,

Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Documento assinado eletronicamente por SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, COORDENADOR(A) DE CURSO DE POS-GRADUACAO (PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM) - SD, em 10/09/2021, às 13:25, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida [aqui](#) informando o código verificador 3796344 e o código CRC 1A3A49DA.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23075.059202/2020-41

SEI nº 3796344

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que nunca mediram esforços para me auxiliarem nos estudos.

Ao meu marido, Dênis, que sempre me apoiou e esteve ao meu lado durante todo o mestrado.

À minha filha Lívia, que nasceu em meio do desenvolvimento deste estudo, em plena pandemia, e, é a minha melhor companheira.

À minha orientadora, professora Silvana Kissula, e a minha coorientadora, Tatiane Herreira, vocês são meus exemplos acadêmico.

Aos meus amigos do Rio Grande do Sul, Florianópolis e Curitiba, que tornaram tudo mais leve.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro por meio da bolsa de demanda social.

RESUMO

O Parto domiciliar planejado é aquele que ocorre em casa com o apoio de uma equipe técnica, de forma planejada. O objetivo deste estudo caracterizar o perfil das parturientes e dos partos domiciliares nas Regionais de Saúde do estado do Paraná no período compreendido entre 2014 e 2019. O presente estudo refere-se à necessidade de caracterizar o perfil dos partos domiciliares nas Regionais de Saúde (RS) do estado do Paraná no período compreendido entre 2014 e 2019. Um estudo quantitativo, transversal, com coleta retrospectiva de dados. Para estabelecer o perfil das mulheres que tiveram seus filhos em parto domiciliar, foi realizada em março de 2021, na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos sobre as informações referentes às Declarações de Nascido Vivo, a coleta dos dados. Os dados foram organizados em uma tabela de Excel e selecionados 1.954 nascimentos de ocorrência em domicílio, analisados mediante análise descritiva simples por meio da apresentação de frequência, média e mediana. As fichas foram divididas em três grupos: possível parto domiciliar planejado (n=432), possível parto domiciliar accidental a termo (n=1.278) e possível parto domiciliar accidental pré-termo (n=244). A ocorrência maior de nascimentos domiciliares foi na macrorregião Leste, com 61,51% dos nascimentos. Os grupos de possível parto domiciliar apresentou média de idade, 29 anos, idade essa maior que dos outros dois grupos. Considerando a totalidade geral dos grupos (n= 1.954), o percentual de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos) é de 9,06% (n=177). A idade paterna teve uma completude dos dados de 67,96% (n= 1328). Em relação à adequação do pré-natal, mais da metade, 51,23% (n=125) das mulheres que tiveram um parto prematuro em casa não fizeram o pré-natal ou o fizeram de forma inadequada. Em relação às semanas de gestação em que a mulher estava quando ocorreu o parto, Mais de 70% (n=1.375) das gestações ocorreram entre a 38 e 40 semanas gestacionais, com pico de ocorrência de 37% (n= 723) na 39 semana gestacional, nos grupos a termo. Os resultados do estudo evidenciaram diferenças no perfil das mulheres de parto domiciliar: um grupo que apresenta maior nível de escolaridade, situação conjugal casada ou coabita com companheiro, jovens adultas, menor número de filhos e maior adequação do pré-natal, essas, inseridas no grupo e possível parto domiciliar planejado. No outro perfil, as mulheres apresentam menor

nível de escolaridade, solteiras, maior prole, menor adequação do pré-natal, pertenciam ao grupo de possível parto domiciliar acidental. Este estudo aponta a necessidade de criação de uma subcategoria nas fichas de Declaração de Nascido Vivo específica para o nascimento domiciliar, permitindo maior visibilidade desta modalidade de assistência, sendo possível um melhor acompanhamento dos indicadores e desfechos maternos e neonatais. Como contribuições para área, os resultados permitem enxergar o parto domiciliar planejado como uma opção na escolha da mulher pelo local de nascimento, de forma planejada e segura.

Palavras-chave: parto domiciliar; saúde da mulher; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Planned home birth is one that takes place at home with the support of a technical team, in a planned manner. The aim of this study is to characterize the profile of parturient women and home births in the Regional Health Departments of the state of Paraná in the period between 2014 and 2019. This study refers to the need to characterize the profile of home births in the Regional Health Department (RS).) of the state of Paraná in the period between 2014 and 2019. A quantitative, cross-sectional study with retrospective data collection. To establish the profile of women who gave birth at home, data collection was carried out in March 2021, in the Live Birth Information System database, on information related to Live Birth Certificates. Data were organized in an Excel table and 1,954 births occurring at home were selected, analyzed using simple descriptive analysis through the presentation of frequency, mean and median. The forms were divided into three groups: possible planned home birth (n=432), possible accidental home birth at term (n=1,278) and possible accidental preterm home birth (n=244). The highest occurrence of home births was in the East macro-region, with 61.51% of births. The groups of possible home births had a mean age of 29 years, which was higher than the other two groups. Considering the overall totality of groups (n=1,954), the percentage of adolescent mothers (under 20 years of age) is 9.06% (n=177). Paternal age had a completeness of data of 67.96% (n= 1328). Regarding the adequacy of prenatal care, more than half, 51.23% (n=125) of the women who had a premature birth at home did not have prenatal care or did it inappropriately. Regarding the gestational weeks the woman was at when the childbirth occurred, More than 70% (n=1,375) of pregnancies occurred between the 38th and 40th gestational weeks, with a peak of 37% (n=723) in the 39th gestational week, in the term groups. The results of the study showed differences in the profile of home birth women: a group with a higher level of education, marital status, married or cohabiting with a partner, young adults, fewer children and greater adequacy of prenatal care, these, inserted in the group and possible planned home birth. In the other profile, women have a lower level of education, single, more offspring, less adequate prenatal care, belonged to the group of possible accidental home births. This study points out the need to create a subcategory in the Live Birth Declaration forms

specific for home birth, allowing for greater visibility of this type of care, enabling better monitoring of maternal and neonatal indicators and outcomes. As contributions to the area, the results allow seeing the planned home birth as an option in the woman's choice of place of birth, in a planned and safe way.

Key-words: home birth; women's health; obstetric nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MAPA LOCALIZAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – BRASIL. PARANÁ, BRASIL, 2021.	41
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO PARA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E ACIDENTAL. PARANÁ, BRASIL, 2021.	45
FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DA INCLUSÃO DE FICHAS E DIVISÃO DE GRUPOS. PARANÁ, BRASIL, 2021.	50

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ÍNDICE DE APGAR. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	46
QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON. PARANÁ, BRASIL, 2021.	47
QUADRO 3 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL ADAPTADO DO ÍNDICE DE KOTELCHUCK. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MULHERES DOS GRUPOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	55
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS AO LONGO DA SEMANA GESTACIONAL AO NASCER, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	59
GRÁFICO 3 - GRAU DE ESCOLARIDADE COMPARADO COM NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DOS NASCIMENTOS A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	60
GRÁFICO 4 - PESO DOS RECÉM-NASCIDOS POR SEXO E GRUPO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	63
GRÁFICO 5 - SEMANA GESTACIONAL DO NASCIMENTO DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES ACIDENTAIS PRÉ-TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	67
GRÁFICO 6 - RELAÇÃO DA IDADE MATERNA AVANÇADA (IMA) EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE FILHO VIVO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - OCORRÊNCIA DE NASCIMENTO DOMICILIAR AO LONGO DO PERÍODO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	51
TABELA 2 - NASCIMENTOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS E ACIDENTAIS A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	52
TABELA 3 - PERFIL DAS MULHERES QUE TIVERAM UM POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	54
TABELA 4 - IDADE PATERNA DOS GRUPOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	56
TABELA 5 - DADOS GESTACIONAIS DAS MULHERES QUE TIVERAM UM POSSÍVEL PDP E PDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	58
TABELA 6 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DAS MULHERES DO GRUPO DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	60
TABELA 7 - CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON DOS PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	61
TABELA 8 - DADOS DOS RECÉM-NASCIDOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	62
TABELA 9 - NASCIMENTOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES ACIDENTAIS PRÉ-TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	65
TABELA 10 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DAS MULHERES DO GRUPO PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.....	67
TABELA 11 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO DE PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abenfo-PR	- Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras do Estado do Paraná
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN-PR	- Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Paraná
CRM-SC	- Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	- Declaração de Nascidos Vivos
EO	- Enfermeiro(a) Obstetra
EUA	- Estados Unidos da América
FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMA	- Idade Materna Avançada
MS	- Ministério da Saúde
NEPECHE	- Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PD	- Parto Domiciliar
PPDAAT	- Possível Parto Domiciliar Acidental a Termo
PPDAPT	- Possível Parto Domiciliar Acidental Pré-Termo
PDP	- Parto Domiciliar Planejado
PPDP	- Possível Parto Domiciliar Planejado
PR	- Paraná
RS	- Regional de Saúde
SESA	- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS	- Secretarias Municipais de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

UTI-NEO

- Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE SÍMBOLOS

\pm	- desvio padrão
$<$	- menor
$>$	- maior
$\%$	- percentagem

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 O PARTO, SUA TRANSFORMAÇÃO, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO DE ESCOLHA	26
1.3 O PARTO DOMICILIAR COMO OPÇÃO SEGURA, PARA QUEM?	30
1.4 O ACESSO AO LOCAL DO NASCIMENTO.....	34
1.5 AS TAXAS DE NASCIMENTO E O PROFISSIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	34
2 OBJETIVOS	39
2.1 OBJETIVO GERAL	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3 MATERIAIS E MÉTODO	40
3.1 DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO	40
3.2 LOCAL DO ESTUDO	41
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
3.4 COLETA DE DADOS	43
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	48
4 ASPECTOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS	50
5.1 POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E ACIDENTAL A TERMO.....	51
5.2 POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR ACIDENTAL PRÉ-TERMO	64
6 DISCUSSÃO	71
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	83
8 CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)	101
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	102

APRESENTAÇÃO

Nasci em Caxias do Sul, cidade da Serra do Rio Grande do Sul, e cresci no estado gaúcho até meus 18 anos. Durante toda minha vida, eu assistia ao meu vídeo de nascimento, questionava minha mãe sobre a forma como eu era tratada quando nasci, que não nos deixaram juntas. Sempre me questionava das atitudes dos profissionais perante aquela mulher e aquele bebê. Os anos passaram e decidi cursar Enfermagem sem saber ao certo qual seria meu foco.

Passei no vestibular, em outro estado, longe da minha família e meus amigos, e fui viver essa aventura, incerta ainda do que me aguardava. Durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em meados de 2015, vivenciei os estágios de saúde da mulher e me encantei com a obstetrícia e os nascimentos e, na mesma proporção, fiquei perplexa com as condutas e posturas profissionais exercidas durante os atendimentos à mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

Desde então, estes assuntos se tornaram leituras constantes e obrigatórias da minha cabeceira, comecei a participar de congressos como monitora, ouvinte, sempre buscando mais eventos sobre o assunto. Minha busca intelectual e profissional se voltava apenas para essa área: o atendimento à mulher durante a gestação, parto e pós-parto.

Ao concluir a graduação, em fevereiro de 2017, eu já estava com a minha vaga garantida para ingresso em março, no programa de pós-graduação, modalidade *lato sensu*, de Residência em Enfermagem Obstétrica das Faculdades Pequeno Príncipe, em parceria com a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES), na cidade de Curitiba, Paraná, onde eu dedicaria 5.760 horas durante dois anos para esse universo.

Entrei de alma e coração para essa especialização. Ainda em 2017, fui convidada a compor a chapa da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras do Estado do Paraná (Abenfo-PR), cuja diretoria assumi em 2018. Tive o privilégio de acompanhar dois grupos de parto domiciliar planejado (PDP), Grupo Gaya e Grupo Quatro Apoios, além de conhecer os diversos serviços de saúde que atendem a gestante (Hospital de Clínicas de Curitiba, Unidades Básicas de Saúde – UBS, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI – Neonatal, entre outros).

Além das atividades de rotina, também participávamos de ações de educação em saúde, ministrando palestras e cursos para as gestantes, tendo, assim, surgido uma nova paixão: propagar conhecimento. Eu não tinha ideia do quanto poderíamos aprender quando estamos ensinando. A residência, sem dúvida, foi um mar de conhecimento, cercada de muitas ondas de desafios, mas de muitas portas de oportunidades e de crescimento.

Após a conclusão da residência em 2019, fui convidada a conhecer um grupo de PDP chamado “Hora de Nascer”, composto por mais duas enfermeiras obstétricas (oriundas de São Paulo), que me mostraram como se estrutura e se organiza um grupo de PDP, com criação de protocolos, treinamentos, organizações. Ao mesmo tempo, ingressei no curso de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no grupo Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), já que este era um passo importante para alcançar minha mais nova paixão - ensinar e continuar me mantendo próxima das pesquisas e dos estudos.

Com estes três mundos em ligação, o mestrado, o PDP e a Abenfo-PR, vi que não havia sentido estudar algo que não fosse sobre o PDP. Em conjunto com minha orientadora Silvana R. R. Kissula Souza e minha coorientadora Tatiane Herreira Trigueiro, entendemos a necessidade de estudar a ocorrência dos partos domiciliares assistidos pelas enfermeiras obstétricas no Paraná (PR), tanto pela necessidade de quantificar estes dados, como pelo fato de ainda hoje ser uma prática obsoleta e pela escassez de publicações, mas sendo exercida por alguns profissionais.

1 INTRODUÇÃO

Com o início das maternidades institucionalizadas no século XX, o processo de parto e de nascimento envolveu-se de rotinas rígidas em ambientes hospitalares, excluindo a individualidade das mulheres, considerando apenas o técnico e o saber do homem. Desta institucionalização, procedimentos como a episiotomia (corte do períneo), tricotomia (raspagem dos pelos), enema (lavagem intestinal) e a indução do parto com utilização de métodos sintéticos/farmacológicos passaram a ser adotados de forma rotineira, não havendo indicações destas práticas previamente avaliadas por evidências científicas (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

A transição do domicílio para o hospital foi o marco para que o processo de parturição se transformasse em um evento não respeitoso. Não apenas a mudança de cenário, mas também um conjunto de valores e concepções, em consonância com o processo de medicalização, consolidou-se no Brasil a partir da segunda metade do século XX. Assim, ocorre a criação dos moldes atuais, centrados no modelo biomédico, tecnocrático e hospitalocêntrico, com regras bem definidas, delimitando o local, quem presta assistência e as condutas esperadas, com base no argumento de que o parto é um evento de risco e potencialmente patológico (SOUZA, 2005; DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2006; ACKER et al., 2006).

Com todas as mudanças no processo de parturição no Brasil, o parto domiciliar (PD) tornou-se um evento exótico, fora de contexto no espaço urbano contemporâneo. As mudanças ocorridas na assistência ao cuidado materno difundiram novos padrões de comportamento e consumo dos serviços de saúde, com uma divisão técnica do trabalho e restrição à inclusão e atuação de outros profissionais no cenário. A repartição do cuidado à parturiente fica cada vez mais expressiva, cujas especialidades médicas fragmentam o binômio mãe/bebê, cada uma com enfoque em sua especialidade, não sendo capaz de ver o binômio como um só (COLACIOPPO et al., 2010).

A compreensão de que o processo de nascimento vai além da perspectiva biológica amplia-se quando se considera que cada mulher e família cultivam, dentro de seu contexto cultural, crenças e valores com diferentes necessidades. O desejo de considerar o nascimento de um filho fora do ambiente hospitalar pode originar-se de uma crença de que o parto é um processo normal e fisiológico (PRATES et al.,

2018). As ansiedades e os medos que cercam a mulher durante este processo podem ser aliviados quando ela se encontra em sua própria casa, ao invés de um ambiente desconhecido como um hospital (FORSTER et al., 2019).

Quanto ao local do nascimento, esta é uma das decisões importantes na gravidez. As mulheres usam informações de familiares, de amigos e de outras fontes, além dos profissionais de saúde, para a tomada de decisão (LEE; HOLDEN; AYERS, 2016). Um estudo que relacionou o grau de informação para a tomada de decisão identificou que mulheres com maior acesso à informação, com independência intelectual e financeira, fazem suas escolhas com autonomia, buscando o parto domiciliar planejado (PDP) como uma opção (LESSA, 2003). Outros motivos apontados pelas mulheres para a escolha do PDP foram a possibilidade de continuidade do cuidado, o ambiente doméstico e a capacidade de tomar decisões próprias sobre o que ocorre no parto (LONGWORTH; RATCLIFFE; BOULTON, 2001).

Um estudo conduzido na Suécia, onde foram entrevistados casais que optaram e planejaram ter o filho em casa, evidenciou que o casal tinha consciência dos riscos e possíveis complicações no parto, mas a escolha estava vinculada à expectativa positiva dos efeitos benéficos que teriam no PDP. Outros fatores foram identificados como acreditar na capacidade da mulher em dar à luz, acreditar na intuição, confiança na obstetriz (profissional que atende ao parto), confiança no relacionamento e preparação física e intelectual do casal (LINDGREN; HILDINGSSON; RÅDESTAD, 2006).

No Brasil, não há leis ou programas que fomentem o PDP, entretanto, essa escolha não deve ser desestimulada, embora não seja oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme diretriz do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016). Assim, a escolha do local de parto, seja no hospital, domicílio ou casa de parto, é da mulher e deve ser respeitada, desde que observadas as condições adequadas de atendimento e classificação dos riscos. O PDP não deve ser tratado como prática marginal, mas como um direito e uma real possibilidade de escolha da mulher, como uma experiência segura e singular. Uma revisão integrativa reforça a importância das políticas de apoio na promoção do PDP como estratégia para oferecer cuidados maternos e perinatais em nível primário (COLACIOPPO et al., 2010; FULLERTON; NAVARRO; YOUNG, 2007).

Para que um parto em casa ocorra com segurança, é importante fazer a classificação de risco gestacional, que pode ser denominada de estratificação de risco. No Brasil, a Rede Cegonha, que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, em 2012, descreve em seu caderno a estratificação de risco gestacional, organizada em fatores de risco, que permite a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica. Esses fatores são descritos como relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis, ou fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco. A existência de fatores de risco pode aumentar significativamente a possibilidade de intercorrências e óbito materno nessas gestantes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012a).

A classificação de risco no PDP é feita pela equipe contratada, cada grupo estabelecendo seus critérios de atendimento tendo como base os protocolos vigentes, sendo o risco clínico/obstétrico avaliado de acordo com um protocolo de atendimento interno. De forma geral, os critérios para realização do parto no domicílio incluem gestante vinculada ao atendimento de risco habitual/baixo, com feto único e a termo, em apresentação cefálica e com até uma cesariana prévia realizada, no mínimo, dois anos antes da gestação atual (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013). Desde o final da década de 1970, mulheres estratificadas como de alto risco não são recomendadas, não sendo geralmente aceitas para o PDP ou nascimentos extra-hospitalar (BLIX et al., 2014).

No Brasil, 98% dos nascimentos ocorrem dentro de ambientes hospitalares. Dos nascimentos no ano de 2019, 55% foram por cesarianas. Quando comparado às taxas de cesariana nos serviços, temos a ocorrência de 50% de nascimentos por cesariana no ambiente hospitalar público. Esses números são ainda maiores quando referidos ao serviço privado, podendo chegar, em algumas instituições, a 80% de nascimentos via cesariana. No estado do Paraná (PR), foram 153.564 nascimentos em 2019, sendo 95.781 cesarianas contra 57.701 de parto normal (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2021), identificando, assim, uma ocorrência maior de cesarianas do que de parto normal no país.

Embora o PD seja uma prática pouco disseminada em centros urbanos, atualmente integra as estatísticas oficiais de nascimentos. Desde 2009, a declaração de nascido vivo (DNV) emitida por enfermeiras obstétricas passou a ser

reconhecida, alimentando o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). A ocorrência de PD, planejado ou acidental, varia conforme a região. Em 2019, dos 2.849.146 nascimentos, ocorreram 17.988 PD no país, 1.084 deles na região Sul. A ocorrência de PD no estado do PR foi de 379 nascimentos em 2019. As macrorregiões de saúde (regionais de saúde) que apresentaram o maior quantitativo de nascimentos domiciliares, por local de ocorrência, no período de 2012 a 2019, foram Metropolitana, Guarapuava, Cascavel, Londrina e Ponta Grossa (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2021).

Atualmente, não são disponibilizados no Brasil dados sobre o atendimento ao PDP, uma vez que o SINASC engloba todos os nascimentos que ocorreram no domicílio, independentemente de terem sido planejados ou acidentais (KOETTKER et al., 2018). Nem todo PD é planejado, e isso pode ser consequência das dificuldades de acesso da população carente ao hospital ou a outro serviço de saúde (COLACIOPPO et al., 2010).

A dificuldade de levantar dados oficiais sobre PDP no Brasil se estende à inexistência de números relativos às intercorrências associadas a este método, visto não haver registros específicos sobre bebês que chegam aos hospitais em decorrência de problemas durante o trabalho de PDP. Esta ausência de informação torna o processo incapaz de diferenciar o PDP dos partos acidentais.

A DNV contribui para definir o perfil epidemiológico dos nascimentos e a elaboração de indicadores utilizados no delineamento de políticas públicas na área da Saúde. Em março de 1990, houve a implantação do SINASC (CRESPO; BASTOS; CAVALCANTI, 2006). A DNV é emitida para todos os nascimentos com vida ocorridos no País, com validade exclusiva para fins de elaboração de políticas públicas e lavratura do registro de nascimento. Ela poderá ser emitida por profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto ou do recém-nascido, inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – ou no respectivo Conselho profissional. Em 2011, foi incluída na DNV uma nova variável a respeito do nome do profissional que atendeu ao parto, bem como a qual conselho de classe pertence (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

No caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência, a emissão da DNV é da competência e responsabilidade do médico, enfermeiro(a), enfermeiro(a) obstetra, obstetriz ou parteira responsáveis pela assistência ao parto

ou ao recém-nascido. Para o preenchimento da DNV, devem ser utilizadas as informações prestadas pela puérpera, pelos profissionais de saúde presentes na sala de parto, e as informações existentes nos documentos disponíveis, como os prontuários (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

Os dados das DNV, ou seja, dos nascimentos no Brasil, podem ser obtidos no banco de dados de domínio público do SINASC, implantado pelo MS em 1990, com o objetivo principal de fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, precursores dos indicadores de saúde específicos. O SINASC permite conhecer o perfil epidemiológico de uma determinada população, importante para o planejamento de políticas públicas (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019).

A ocorrência do PDP ainda representa um percentual pequeno quando comparado aos de ocorrência hospitalar (menos de 1%), fato que não diminui a importância de determinar sua ocorrência para construção e planejamento de programas e ações para determinadas demandas apresentadas aos serviços, além da criação de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos. Assim, com este estudo, espera-se conhecer o perfil de nascimentos em partos domiciliares planejados nas regionais de saúde do estado do PR.

No Brasil, onde não existem programas destinados à realização de partos domiciliares, é essencial estabelecer qual a proporção dos nascimentos que acidentalmente ocorreram no domicílio. Não há estudos anteriores que indiquem se os partos domiciliares foram planejados ou acidentais (ALMEIDA et al., 2005).

São reconhecidas a importância para a saúde pública dos partos denominados domiciliares não planejados ou acidentais e a importância de serem estudados separadamente os partos domiciliares planejados. Os partos não planejados se referem a populações com características epidemiológicas e de assistência distintas, associados a risco muito mais elevado de desfecho adverso para o binômio (ALMEIDA et al., 2005).

Os números sobre os partos domiciliares no Paraná e no Brasil não são oficiais. Estes dados são conhecidos apenas por um pequeno público que faz esta modalidade de atendimento, dessa forma, são escassas as pesquisas publicadas sobre a temática, o que leva à realização desse estudo, visto ser uma prática realizada, em sua maioria, por enfermeiros. Assim, emergiu a questão da pesquisa:

ocorreu aumento do parto domiciliar planejado no estado do Paraná no período de 2014 a 2019?

1.1 O PARTO, SUA TRANSFORMAÇÃO, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO DE ESCOLHA

Por séculos, o parto foi um evento classificado também como um processo ritualístico de passagem, envolto de experiências objetivas e subjetivas exclusivamente do universo feminino, restrito a uma esfera privada e a parte do cotidiano das famílias, predominantemente no domicílio, sendo visto com naturalidade pela sociedade. Não era um ato médico, mas, sim, um ato de mulheres e famílias. É possível identificar nas culturas o processo de parto pela análise da linha do tempo como um ato de caráter feminino, guiado por ritos e tradições, banhado pela fé e pelo mistério (ODENT, 2000; ACKER et al., 2006; SILVA; LÜDORF, 2012)

Com o nascimento da obstetrícia como disciplina científica e uma especialidade da Medicina, ocorreu um processo de desapropriação e de invalidação do saber das parteiras, que antes eram as detentoras do cuidado, dificultando seu ofício e firmando a entrada do homem no cenário do parto, visto que antigamente a figura masculina era predominante na medicina. Como resquícios dessa transformação, ainda hoje é viva a disputa entre médicos e parteiras/obstetizes pela assistência ao parto (NIEMEYER, 2017).

Diversas estratégias governamentais surgiram, com enfoque no parto e no nascimento, idealizadas pela assistência humanizada, tentando romper com o modelo vigente. Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando quais práticas são consideradas evidências seguras ou não durante o manejo do trabalho de parto e parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Esta classificação teve como intuito estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. A classificação das ações foi baseada em evidências científicas concluídas por pesquisas conduzidas em todo o mundo. Em 2018, a OMS atualizou as recomendações sobre a assistência ao parto e ao recém-

nascido por meio da diretriz “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”, sendo esta publicação a mais atual a respeito desses cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

No Brasil, desde 1980 o Ministério da Saúde (MS) estabelece e propõe políticas e programas que visam à qualificação da assistência à saúde do binômio mãe-bebê. Organizada pela sociedade civil, em 1993 surgiu a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), com o objetivo principal de divulgação da assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. É também responsável pelos movimentos denominados “humanização do parto/nascimento” (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2019).

No ano 2000, com o intuito de dar sequência ao documento emitido pela OMS de boas práticas de atenção ao parto, o MS implantou o programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa contava com o objetivo de resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, garantindo esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, bem como adotar medidas para assegurar melhor acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do binômio (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Seguindo as tendências dos principais movimentos de humanização, em 2003 o MS adotou a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Dentro desta política, voltada para a atenção ao parto e nascimento, tem-se o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fundamentada no resgate do parto na condição de evento fisiológico e de resgate do protagonismo da mulher e do bebê, promovendo um nascimento humano e digno (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004). Estudos mostram que a Enfermagem tem desempenhado papel ativo no estabelecimento de cuidados humanísticos às mulheres, auxiliando a fisiologia do parto, instituindo tecnologias de cuidado e conforto (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

A respeito da humanização da assistência, entende-se como parto humanizado aquele em que o tempo não pode ser apressado, a complexidade da relação mãe-filho não pode ser medida no relógio. E quando pensamos nas

implicações psíquicas do momento do parto, elas são distintas do tempo dos profissionais, contrárias ao tempo das instituições e da lógica da produção em massa. A sensibilidade, amor e acolhida são os principais atributos a serem desenvolvidos nesse atendimento. A humanização do parto ainda necessita de embates para a quebra da relação de poder, para a quebra do modelo médico centrado e para a retomada do único sujeito que deve ter voz e ser o centro do cuidado, a mulher (TORNQUIST, 2006).

No ano de 2011, foi criada a Rede Cegonha, visando a um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com um olhar para a gestação, parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, além do enfoque para a inserção do enfermeiro(a) obstetra (EO) na assistência ao parto. Um estudo descritivo revelou que os enfermeiros estabelecem práticas de cuidado humanizado baseadas em evidências científicas, embora ainda sejam identificadas influências das condutas e rotinas assistenciais tradicionais. Diante do incentivo da entrada da figura do enfermeiro obstetra na assistência direta ao parto, o exercício da obstetrícia oferece também uma expansão do mercado de trabalho por meio de assistência domiciliar (MAIA, 2010; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Ter um filho em casa pode gerar experiências de controle sobre o corpo. Durante o parto, um sentimento de conexão com seu próprio corpo guia seus movimentos e seus passos para lhe dizer o que fazer. Ao fim, as mulheres experimentam uma grande felicidade pelo nascimento com sucesso, conectada à natureza e ao círculo da vida. Porém, a mulher que opta por este local de nascimento também pode experimentar atitudes negativas das pessoas ao redor a respeito de sua decisão. O principal desafio da escolha é a constante exposição negativa de outras pessoas, externas ao núcleo familiar, incluindo também profissionais de saúde. É necessário promover atenção e qualidade nas experiências de nascimento e nas necessidades e desejos individuais das mulheres durante a prestação de cuidados à maternidade (JOUHKI; SUOMINEN; ÅSTEDT-KURKI, 2017).

Esta necessidade das mulheres do parto no domicílio é devida à promoção de sentimentos de maior controle sobre o processo de nascimento de seus bebês, permitindo uma integração familiar facilitada e imediata com o novo bebê, e tem sido o principal motivo que leva as mulheres a querer parir em casa. Diante deste novo

cenário de atendimento, o Brasil passa por um período de transição do modelo de atenção com enfoque no resgate de valores que ultrapassam a tecnologia, unificando novos sentimentos e momentos no ato de nascer (NASCIMENTO et al., 2009; JACKSON; DAHLEN; SCHMIED, 2012).

As mulheres relatam que o parto em casa é satisfatório, com menores riscos de intervenção e menor possibilidade de serem separadas da família. Quem escolhe o lar como local do nascimento geralmente o faz pelo fato de os serviços de maternidade nos hospitais não oferecerem as opções que elas desejam. Em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de um guia de “Cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto”, informa que é um direito da mulher a escolha de ter o filho num ambiente em que se sinta segura (FINIGAN; CHADDERTON, 2015; JOUHKI; SUOMINEN; ÅSTEDT-KURKI, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

A escolha do local do parto deve ser individual e a opinião da mulher, respeitada. Em alguns países como Holanda, Reino Unido e Nova Zelândia, o fornecimento de PDP é incorporado como um componente central dos serviços nacionais das maternidades, portanto, estimulado pelo governo (COMEAU et al., 2018). Na Holanda, a escolha do local do parto no sistema de saúde holandês é facilitada pela disponibilidade de parteiras bem treinadas, transporte e sistema de referência (OLSEN; CLAUSEN, 2012; JONGE et al., 2009).

A decisão pelo PDP envolve questões emocionais e capacidade de participação ativa, de um resultado de processos gradativos de avaliação dos riscos, custos e benefícios, devendo ser feita pela mulher e sua família, com base em evidências científicas. Na Inglaterra, a política nacional atual é que toda mulher seja capaz de escolher o local do seu pré-natal e parto, podendo a mulher expressar seus desejos e preferências, sejam esses desejos culturais e de qualquer necessidade médica e obstétrica que ela ou seu bebê possam ter. A diretriz de 2014 recomenda que as mulheres sejam aconselhadas a escolher qualquer local de parto, inclusive sua casa (HINTON et al., 2018).

No ano de 2021, tivemos o surgimento de uma nova motivação na escolha do local de nascimento, instigada pelo surgimento da COVID-19 e pelo medo de serem contaminadas, bem como de terem a presença de seus acompanhantes barrados durante o trabalho de parto, as famílias passam a considerar o PDP uma

opção segura, pois entende-se que nos hospitais há uma grande circulação de pessoas, aumentando, com isso, a chance de circulação do vírus. Para isso, ainda são necessários a disseminação de informações e dados sobre os riscos e benefícios do parto domiciliar para que a família compreenda esse cenário e opte com segurança (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2020).

1.3 O PARTO DOMICILIAR COMO OPÇÃO SEGURA, PARA QUEM?

Quanto ao aspecto de segurança do PDP, na Irlanda ele é visto como uma alternativa segura de cuidados à maternidade. A experiência das mulheres em relação ao parto domiciliar é relatada como positiva (SWEENEY; O'CONNELL, 2015). Para mulheres saudáveis e com uma gravidez sem riscos, o PDP é tão seguro quanto os nascimentos hospitalares, sendo que a segurança aumenta quando há uma equipe capacitada e uma boa referência em casos de necessidade de transferência (DAVIES-TUCK et al., 2018). O risco de mortalidade perinatal ou neonatal não foi diferente quando comparado com o parto planejado em domicílio ou no hospital (HUTTON et al., 2019).

Na Europa e nos Estados Unidos (EUA), estudos sugerem que o PD pode ser relativamente seguro nas circunstâncias certas, sendo necessária uma rede de assistência à maternidade abrangente e totalmente integrada, que fortaleça e corresponda às necessidades (WALKER, 2017). Nos EUA, um estudo de coorte comparou desfechos de 1.707 partos domiciliares planejados assistidos por parteiras leigas com 14.033 partos hospitalares entre 1971 e 1989 e, como resultado, não identificou diferença na mortalidade perinatal (DURAN, 1992). Quando ocorre um planejamento do PD, seguido das melhores práticas e procedimentos clínicos, ele pode tornar-se uma opção segura de parto para mulheres de baixo risco (WHITE et al., 2019).

Estudo de coorte de Hinton et al. (2018) conduzido na Inglaterra mostrou que, para mulheres saudáveis com gestação única, o PDP era seguro para mulheres que tiveram um parto anterior. Além disso, o planejamento do parto em casa também foi associado a chances reduzidas de ocorrerem intervenções com a mulher durante o trabalho de parto, como analgesia peridural, parto instrumental ou cesariana (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011).

O PDP mostra-se uma opção segura nos países desenvolvidos. Um estudo de coorte com 5.418 mulheres que procuraram parteiras profissionais para terem seus filhos em domicílio, nos EUA e Canadá, obteve taxa de remoção materna de 12,1% e mortalidade neonatal de 1,7/1.000 nascidos vivos. Nenhuma morte materna foi evidenciada na população do estudo. Os principais motivos para a remoção materna foram primeiro e segundo estágios do parto prolongados, desejo de analgesia e exaustão materna. Quanto aos recém-nascidos, os motivos de remoção foram problemas respiratórios e avaliação de anormalidades. Além de tão seguros como os hospitalares, os PDP alcançaram menores taxas de intervenção (JOHNSON; DAVISS, 2005).

Na visão das mulheres, parir com segurança implica ter confiança na equipe de saúde que a acompanha durante todo o processo de trabalho de parto e parto, garantindo à mulher sua participação ativa durante a tomada de decisões e ações (SILVA et al., 2013). A assistência do profissional deve ser capaz de gerar autonomia e liberdade, fazendo com que a mulher se sinta acolhida em suas demandas e segura, qualificando a assistência à parturiente (LOIOLA et al., 2020).

Em 2020, o *National Health Service* (NSH), Reino Unido, divulgou um guia clínico para a reorganização temporária dos cuidados maternos ao parto durante a pandemia do coronavírus e reiterou a orientação, após o aumento de mulheres buscando o PD como alternativa à admissão hospitalar, o apoio à escolha contínua do local de nascimento e que o PD ou a configuração do atendimento conduzido por parteiras são mais seguros para mulheres de baixo risco de complicações (BRIGANTE et al., 2020).

Em 2010, o Conselho Oficial de Enfermeiras de Barcelona (COIB) publicou o Manual de Atendimento do Parto Domiciliar, estabelecendo como e em quais casos fazer o parto em casa, mas nunca fazê-lo com gêmeos ou com o bebê sentado (pélvico), devendo existir sempre um hospital próximo, entre outras recomendações (COLLEGI OFICIAL INFERMERIA DE BARCELONA, 2010).

Para que a segurança no PDP seja mantida, é necessário proceder a uma classificação de risco da gestante durante todo o pré-natal, também conhecida como estratificação de risco gestacional. A gestação é considerada um fenômeno fisiológico que deve ser vista pela sociedade e profissionais de saúde como saudável, a qual envolve adaptações e atenção aos aspectos físicos, sociais e

emocionais. Porém, algumas gestações, em razão de alguns fatores de risco, podem apresentar maior possibilidade de evoluções desfavoráveis. Esses fatores que acometem a gestação classificam essa gestante como de 'alto risco'. Com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e qualificar o acesso e a qualidade ao atendimento para estas gestantes, é necessária a identificação dos fatores de risco gestacionais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

Para isso, é indispensável que ocorra em toda consulta uma avaliação do risco gestacional, para que se identifiquem as alterações precocemente. Nas gestações em que é identificado não haver necessidades de utilização de tecnologias de alta densidade, entende-se que a mortalidade materna e a perinatal são iguais ou menores do que aquelas da população geral, considerando estas gestantes como de baixo risco. As "mulheres de baixo risco" são definidas como mulheres sem doenças ou condições médicas que podem influenciar os resultados da gravidez, sem complicações graves em gestações anteriores, com um único feto na posição cefálica e com início espontâneo do trabalho de parto a termo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, 2017).

A seleção de risco da gestante é feita também nos PDP da Holanda, sendo as mulheres com maior risco de complicação durante a gravidez encaminhadas a um obstetra (classificado como atendimento secundário), tendo seus filhos em instituições hospitalares, enquanto mulheres que mantêm sua classificação como de baixo risco durante toda a gravidez serão atendidas por parteiras ou clínico geral (atendimento primário). Essas gestantes classificadas de baixo risco podem optar por ter um parto em casa ou um parto hospitalar com um tempo de estadia de curto prazo (com o período de recuperação pós-parto em casa) (SMULDERS, 1999). Na Inglaterra, as diretrizes clínicas e políticas nacionais apoiam o PDP para as mulheres classificadas como de "baixo risco" (HINTON et al., 2018).

Para a estratificação de risco gestacional, no Paraná o protocolo Rede Mãe Paranaense organiza a atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério. Este protocolo é um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, realização de 17 exames, estratificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco e a

garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. Identificada a necessidade de estabelecer a estratificação de risco na gestação para fortalecimento e organização da atenção em todos os níveis de saúde (Atenção Primária, Secundária e Terciária), a SESA-Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu três graus de riscos para a gestante, considerando estudos de mortalidade materna realizados no período de 2006 a 2010. Estes graus são Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco (PARANÁ, Secretaria de Saúde, 2018).

Em Curitiba, a orientação é que a investigação de risco deve ser permanente, em toda consulta de pré-natal. A caracterização de um fator de risco não implica necessariamente a referência da gestante para pré-natal de alto risco. Fatores clínicos mais importantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser referenciados, podendo, contudo, retornar à unidade de saúde de origem quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. A classificação de risco é feita com respaldo no protocolo da rede Mãe Curitibana, que lançou em 2020 uma classificação atualizada, que considera gestação de risco habitual aquela gestante que não tem nenhuma comorbidade isolada ou associada à gestação. A classificação da gestante pode ser feita em Baixo risco, Médio Risco e Alto Risco (CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Supõe-se que gestantes de baixo risco tendem a apresentar baixo risco para resultados adversos como hemorragia pós-parto, rotura uterina, descolamento prematuro de placenta, retenção placentária e outras complicações graves ou até mesmo morte perinatal. Porém, isso não descarta a possibilidade de as gestantes avaliadas como de baixo risco durante a gestação e no início do trabalho de parto precisarem de intervenções ou outra assistência médica durante o trabalho de parto ou imediatamente após o nascimento (KUMLE et al., 2014).

Na Holanda, não foram encontrados riscos aumentados de resultados perinatais adversos para PDP em mulheres de baixo risco, sendo esses achados aplicáveis apenas a locais onde os PDP estão bem integrados com os sistemas de maternidade (JONGE et al., 2014). Um estudo de coorte com 529.688 mulheres com gravidez de baixo risco na Holanda comparou a mortalidade perinatal com a morbidade severa entre partos PDP e hospitalar. Não houve diferença significativa entre os dois locais de parto para morte intraparto e neonatal nas primeiras 24 horas

e sete dias após o parto. Evidenciou-se que o PDP não aumenta os riscos de mortalidade e morbidade perinatal grave em casos de baixo risco (JONGE et al., 2009).

No Brasil, quanto aos riscos do PDP, um estudo descritivo que reuniu 677 mulheres que optaram pelo PDP concluiu que as taxas de cesarianas e transferências maternas e neonatais são baixas, além disso, o lar pode ser uma opção de local de nascimento para mulheres que procuram um parto fisiológico (KOETTKER et al., 2018). Contudo cabe ressaltar que, para uma mulher optar por um PDP, ela deve ser classificada como de “risco habitual” ou “baixo risco”.

1.4 O ACESSO AO LOCAL DO NASCIMENTO

Quanto aos custos do parto domiciliar, na Austrália o custo de um nascimento em casa *versus* hospitalar ou casa de parto mostrou pouca diferença no custo para o serviço de saúde quando uma mulher faz um PDP sem complicações, se comparado a outros ambientes (SCARF et al., 2019). No Reino Unido, o PDP é mais econômico para o Serviço Nacional de Saúde (FINIGAN; CHADDERTON, 2015).

No Brasil, o SUS oferece assistência universal e gratuita a toda a população. Porém, não há financiamento do SUS para o PDP, e as mulheres que optam por este local devem arcar integralmente com os custos que envolvem esse procedimento e escolha. Além do SUS, no Brasil há o serviço privado de saúde suplementar, operado por seguradoras de saúde, mesmo assim não existe cobertura para o PDP, com exceção de alguns casos em que esta modalidade está prevista em contrato com a seguradora (COLACIOPPO et al., 2010).

1.5 AS TAXAS DE NASCIMENTO E O PROFISSIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Quanto às taxas de cesárea, sabe-se que a taxa ideal de cesariana, conforme a OMS, deve estar entre 10% e 15%, e que a cesariana é uma intervenção cirúrgica, portanto, deve ser feita somente em situações em que o parto normal não seja mais o recomendado. A realização de cesarianas desnecessárias expõe a

mulher a um risco de morte três vezes maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b). Nos países em que ocorre o PDP, a incidência de cesarianas é de 13,7% na Holanda, de 21,3% no Reino Unido e de 26,1% nos EUA (THOMAS; PARANJOTHY, 2001; CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, 2003). As taxas de nascimento por cesariana na Austrália excederam 30% na maioria dos estados, e estão chegando a 45%, em média, em hospitais particulares (STOLL; HAUCK; HALL, 2016).

Em relação à taxa de PDP, a Holanda é um país que apresenta a maior taxa entre os países desenvolvidos, ocorrência de 35%. Os dados a respeito da mortalidade perinatal são 9,4/1.000 nascimentos, dados esses menores que em países como os Estados Unidos da América (EUA) (HOSMER, 2001). Na Austrália, menos de 3% das mulheres dão à luz em casa ou em centros de partos (STOLL; HAUCK; HALL, 2016). Já a taxa de natalidade domiciliar na Inglaterra é comparável com as taxas de nascimento de ocorrência em domicílio no Brasil, 0,63 (HINTON et al., 2018; BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020).

Quanto aos profissionais que podem prestar assistência direta ao parto, na Etiópia é recomendado que os cuidados do parto sejam feitos por parteiras profissionais ou médicos qualificados/treinados. Porém, 70% de todos os nascimentos ocorrem fora do sistema de saúde, sob os cuidados de parteiras não qualificadas, ou até mesmo sem qualquer assistência. Um estudo qualitativo sobre os papéis das atendedoras de parto tradicionais e a escolha de PDP na Etiópia identificou a participação ativa das parteiras tradicionais, que estão engajadas na assistência ao PDP. Além disso, foi identificada como uma fragilidade a falta de parcerias formais entre as parteiras tradicionais e o sistema de saúde (GURARA et al., 2019).

Na Inglaterra, a política nacional atual é que toda mulher seja capaz de escolher o profissional de saúde para seu pré-natal e parto (HINTON et al., 2018). No estado da Califórnia, Estados Unidos da América, pesquisa conduzida em 2016 retrata a realidade da assistência ao parto às mulheres deste estado, tendo identificado que uma em cada dez parturientes contava com a assistência de uma parteira (todas, enfermeiras parteiras certificadas) no contexto do pré-natal e como assistente de parto. Ao questionar essas mulheres sobre o interesse futuro em uma

próxima gestação, a grande maioria considerou a presença de uma parteira, excedendo muito a proporção das mulheres que tiveram uma parteira na assistência atual. A parteira foi responsável por 9% dos serviços prestados durante o pré-natal e o parto (SAKALA et al., 2018).

O PDP tem respaldo perante o sistema jurídico brasileiro. Algumas profissões, caso da medicina, não têm apoio do seu conselho de classe. O Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC) publicou no Diário Oficial do Estado, em setembro de 2019, a Resolução CRM-SC nº 193/2019, proibindo a participação de médicos na realização de partos planejados no domicílio e assistência imediata ao recém-nascido fora do ambiente hospitalar, estando o profissional que descumprir a determinação sujeito a punição por infração ética (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2019).

Com isso, é fortalecido o atendimento ao PDP por enfermeiras obstétricas na linha de frente deste atendimento, podendo isso ser afirmado em razão dos incentivos do Conselho de Classe e de as publicações existentes sobre PDP no Brasil serem publicadas por enfermeiras. O EO deve exercer suas atividades assistenciais em consonância com a legislação vigente para desenvolvimento de uma prática segura (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – PARANÁ, 2016)

No Brasil, além do médico, o EO, bem como a obstetriz e as parteiras, pode atender integralmente o trabalho de parto e parto eutócico (aquele sem complicações), no âmbito hospitalar ou domiciliar, de gestantes estratificadas como de risco habitual. Em um estudo sobre PDP, todas as participantes tiveram seus partos atendidos pelo Enfermeiro Obstetra. O EO é formalmente qualificado em curso de especialização, após a graduação em enfermagem, ou em curso de graduação em obstetrícia (obstetriz). Seu exercício profissional está regulamentado na legislação federal e é reconhecido pelo MS para o acompanhamento dos partos e nascimentos de evolução fisiológica (BRASIL, Casa Civil, 1986; COLACIOPPO et al., 2010; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - PARANÁ, 2016).

O Brasil incentiva a atuação do EO por meio de financiamentos para a realização de cursos de formação na especialidade (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Além disso, criou medidas legislativas como a Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998, que, entre outras atribuições, confere ao enfermeiro a possibilidade da

emissão de laudo de internação e a inclusão deste profissional na tabela de pagamento do SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998).

Quanto à documentação que envolve o processo de parturição, para se registrar um bebê após o seu nascimento, independentemente do local de nascimento, algumas etapas e documentos são necessários. Em Nova Gales, Austrália, os pais têm 60 dias para fazer o registro do novo filho, sendo todos os registros feitos por formulários *on-line* de registro de nascimento. Esse registro garante solicitar a certidão de nascimento e outros benefícios governamentais, como licença parental. Para um parto em ambiente domiciliar ou hospitalar, a instituição preencherá um formulário *on-line*, informando dados relativos ao nascimento, após isso, será possível os pais registrarem o bebê. Esse formulário a respeito do nascimento pode ser preenchido pelo hospital, médico ou parteira registrada, que participou do parto ou por testemunhas (NEW SOUTH WALES, 2020)

Em Ontário, Canadá, se o nascimento foi assistido por uma enfermeira ou *midwife*, esta profissional entregará um relatório contendo as informações a respeito do nascimento, informações sobre a criança, os pais e o profissional que atendeu ao nascimento, com esse relatório os pais podem solicitar o registro do bebê. Esse formulário, tanto do nascimento quanto para registro do bebê, pode ser preenchido *on-line* ou pelo correio (ONTARIO, Ministry of Health, 2012). No Brasil, o formulário de preenchimento com informações a respeito do nascimento é denominado Declaração de Nascido Vivo (DNV), o qual contém informações abrangidas pela lei e outras variáveis como peso ao nascer, Índice de Apgar, duração da gestação, tipo de parto e paridade (CRESPO; BASTOS; CAVALCANTI, 2006).

A respeito do preenchimento da DNV pelo profissional de enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR) emitiu o Parecer Técnico nº 001/2016, que elucida a necessidade de criação de cadastros de EO nas secretarias municipais de saúde (SMS) para a retirada da DNV. O(a) EO tem competência científica, técnica e legal para conduzir o PDP de gestantes estratificadas de risco habitual e preenchimento da DNV (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – PARANÁ, 2016).

Portanto, após o nascimento, o profissional responsável pela assistência ao parto deve preencher a DNV, composta por oito blocos, com um total de 52 variáveis, devendo no documento informar, além de dados como Identificação do

recém-nascido, mãe, pai, gestação e parto, anomalia congênita, entre outros, havendo um específico do local de ocorrência do nascimento, sendo as opções existentes Hospital, Outro Estabelecimento de Saúde, Domicílio, Aldeia indígena, Outro ou Ignorado. É considerado Hospital o local de ocorrência, se o nascimento tiver ocorrido em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, tendo leitos e instalações apropriadas, com assistência médica permanente. São considerados “Outros estabelecimentos de saúde” se o nascimento tiver ocorrido em outros estabelecimentos que prestam atenção à saúde coletiva ou individual, que não sejam hospitais (Postos/Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, entre outros) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

As secretarias municipais de saúde são responsáveis pelo fornecimento e controle da utilização dos formulários entregues às unidades notificadoras e notificadores. Também ocorre a distribuição de formulários para profissionais de saúde e parteiras tradicionais, apenas quando reconhecidas e vinculadas a uma unidade de saúde, que fazem atendimento a PD, mediante cadastramento e controle da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil das parturientes e dos partos domiciliares nas Regionais de Saúde do estado do Paraná no período compreendido entre 2014 e 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Levantar a ocorrência dos partos domiciliares entre 2014 e 2019; e
- b) Diferenciar os partos domiciliares acidentais dos partos domiciliares planejados.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativa, de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados secundários, disponibilizados no banco de dados do SINASC, referentes aos nascimentos domiciliares no estado do Paraná no período compreendido entre 2014 e 2019.

Na pesquisa quantitativa, o pesquisador é espectador, os dados são coletados sem a aplicação de tratamentos ou intervenção. Tem a intenção, por exemplo, de explorar relações entre as condições existentes. Além disso, na pesquisa quantitativa, o pesquisador passa da proposição da questão até a obtenção de uma resposta em uma sequência linear de etapas. (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2019).

Estudo retrospectivo é aquele cujas seleções dos dados se baseiam no passado, com sua seleção e classificação no presente, porém com início e fim do acompanhamento no passado, antes mesmo da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Os dados com características secundárias referem-se a dados já coletados, tabulados e/ou ordenados em fontes já existentes. Na área da saúde, destacam-se os sistemas de informações, bases de dados, relatórios e registros sistematizados, incluindo prontuários. Este processo se torna vantajoso por utilizar os dados já catalogados e, muitas vezes, consolidados (ANDRADE, 2011).

Sistemas oficiais de informação em saúde no Brasil podem ser consultados pelo acesso ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que disponibiliza, entre outros itens, informações em saúde (indicadores de saúde, assistência à saúde, rede assistencial, dados epidemiológicos e morbidade, estatísticas vitais – mortalidade e nascidos vivos, informações demográficas e socioeconômicas e sobre saúde suplementar) (ANDRADE, 2011). Para localizar, é necessário acesso à internet, entrar no site do DATASUS (<http://www.datasus.saude.gov.br>) (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Elegeu-se como local de estudo o estado do PR para a coleta dos dados. Este estado representa 38,1% da população do sul brasileiro, conta com 399 municípios, divididos em seis macrorregionais e em vinte e duas Regionais de Saúde (RS) (Figura 1) (PARANÁ, Secretaria de Saúde, 2010).

FIGURA 1 - MAPA LOCALIZAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – BRASIL. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: SESA/PR - Secretaria de Estado da Saúde do PR (2010).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por dados tabulados do SINASC referentes às DNV dos partos domiciliares no Paraná, segundo local de ocorrência, no período compreendido entre 2014 e 2019.

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por catalogar os dados a respeito do nascimento que foram preenchidos na DNV, devendo, após, encaminhar mensalmente esses dados às Secretarias Estaduais, que serão

processados por município e enviados ao MS, sendo, então, publicados no DATASUS (BRASIL, Casa Civil, 2012).

As informações sobre os nascidos vivos são disponibilizadas para a população na página da Internet do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>), do MS, em um prazo de, no máximo, dois anos após sua ocorrência, à semelhança do que ocorre nos Estados Unidos e na Inglaterra, países reconhecidamente com bons sistemas de informação (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

O aplicativo, desenvolvido pelo DATASUS, utilizado para gerar as informações das bases de dados do SUS, chama-se Informações de Saúde (TabNet), sendo um tabulador genérico de domínio público. Permite organizar os dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Ele é utilizado pela sua simplicidade de operação, pode exportar planilhas eletrônicas com extensão csv e Tabwin, permite a visualização da tabela em gráficos e mapas, tem tabulador de dados que permite ao usuário gerar tabela e produzir gráficos e mapas, sendo possível escolher a abrangência geográfica, selecionar as variáveis que se deseja, selecionar o período ou períodos dos filtros, permitindo visualizar os resultados por meio de mapas, gráficos e tabelas bidimensionais (linhas e colunas) (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020).

A DNV (ANEXO 1) é um formulário pré-numerado, constituído de três vias, que devem ser preenchidas para todos os nascidos vivos, independentemente do local de ocorrência do parto: domiciliar, hospitalar, unidades básicas de saúde, veículos, entre outros. As vias da DNV são diferenciadas em cores, sendo a primeira na cor branca, que deve ser encaminhada à supervisão técnica de saúde de ocorrência do nascimento; a segunda via, amarela, fica na posse dos pais ou responsável legal para o registro de nascimento junto ao cartório de registro civil; e a terceira e última via, de cor rosa, é encaminhada à unidade de saúde (BRASIL, Casa Civil, 2012). A expressão “nascido vivo” corresponde ao produto da concepção expulso ou extraído por completo do corpo materno, independentemente da duração da gestação, e que, depois da separação do corpo materno, respire ou manifeste qualquer outro sinal de vida (CRESPO; BASTOS; CAVALCANTI, 2006).

Deve ser considerado “Domicílio” se o nascimento tiver ocorrido em um domicílio, que poderá ser a residência da própria mãe ou de outra pessoa; ser considerado “Outros”, se o nascimento não tiver ocorrido em um estabelecimento de

saúde ou domicílio; por fim, “Ignorado”, quando não for possível identificar onde ocorreu o nascimento. Nas situações em o parto ocorrer no domicílio e que, posteriormente, mãe e/ou recém-nascido receberem assistência hospitalar, a DNV é preenchida pelo estabelecimento de saúde prestador da assistência. Para os partos domiciliares sem assistência ou feitos por profissional não cadastrado na SMS, o cartório de registro civil deverá ser o responsável pelo preenchimento da DNV. E, nos casos em o PD ocorrer com assistência de profissional de saúde cadastrado na SMS, o próprio profissional preencherá o formulário (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

Outra informação que consta no instrumento é a respeito do profissional que prestou assistência ao parto, sendo as opções: Médico, Enfermeira/Obstetriz, Parteira, Outros e Ignorado. A opção “Enfermeiras” independe de sua especialidade, ou obstetrizes formadas em cursos superiores específicos para esta formação. A alternativa “Parteira” refere-se às parteiras vinculadas ou não a serviços de saúde, entendidas como profissionais sem formação formal que a caracterize como profissionais de saúde.

A alternativa “Outros” se refere a profissionais de saúde com formações diferentes das mencionadas nas alternativas anteriores, ou a pessoas não essencialmente ligadas à área de saúde, mas que, por um imprevisto, são colocadas na cena do parto e na posição de prestar assistência ao parto, como motoristas de táxi, bombeiros, policiais, entre outros. Nos casos em que não há assistência de um profissional de saúde ou parteira tradicional no nascimento, a DNV será emitida pelos Oficiais de Registro Civil que lavrarem o registro de nascimento, sempre que houver essa demanda (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta foi feita em março de 2021, mediante organização de 2.120 fichas de DNV tabuladas pelo SINASC, cujo nascimento teve ocorrência domiciliar no estado do Paraná no período de 2014 a 2019. As fichas se referem a nascimentos em parto domiciliar no estado do PR, segundo local de ocorrência, no período determinado na pesquisa.

Para acesso aos dados, foi necessário primeiramente fazer o download do programa Tabwin, responsável pela transformação dos arquivos no formato .DBC em formato .DBF. Após baixado o programa, o documento foi aberto e salvo em formato Excel®. Para fazer o download do programa, foi necessário criar uma pasta “C:/Tabwin”, entrar no site do Datasus (www.datasus.gov.br), selecionar a opção serviços e fazer o download do arquivo “Tab 415.zip” na raiz de “C:/”, após, descompactado em “C:/Tabwin”.

Para baixar o documento/arquivo com os dados, foi acessado o site do Datasus, selecionar as opções “serviços” e Transferência/Download de arquivos, selecionar “SINASC”. Selecionadas as opções “dados” e DN-Declarações de nascidos vivos 1994 a 2019, foi então selecionado o ano de 2014 a 2019, escolhida a opção PR na Unidade Federativa (UF) e clicado na opção “enviar”. Após, clicado no arquivo gerado, foi feito o download para a pasta C:Tabwin.

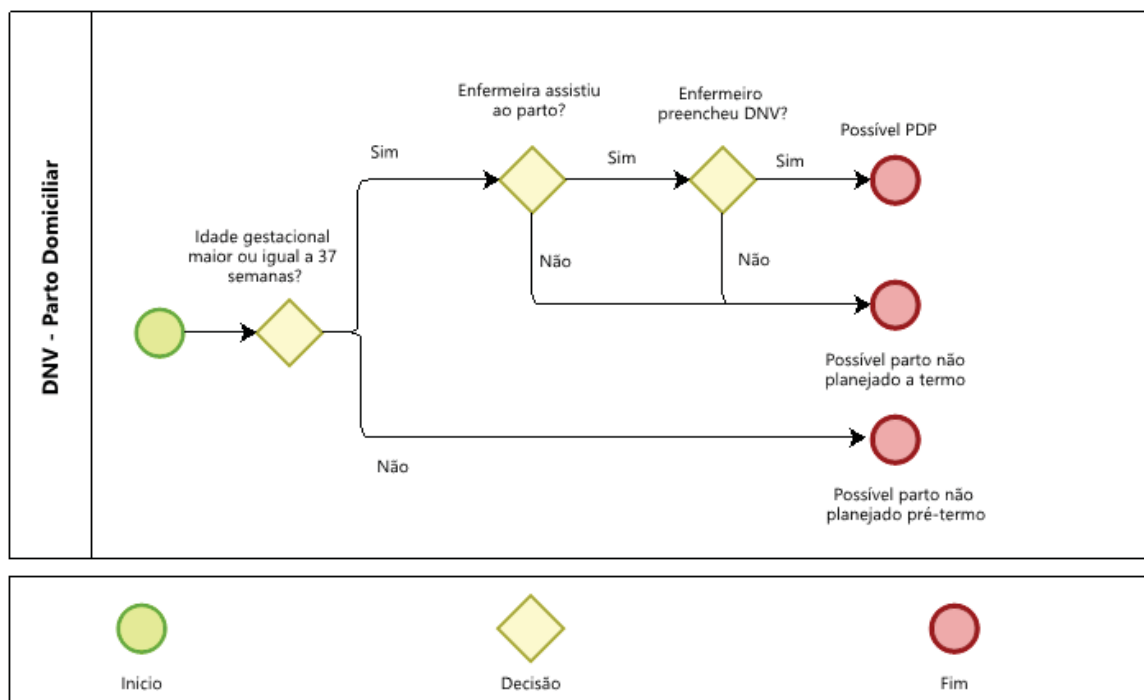
Com isso, foi feita a expansão do arquivo de “.DBC” para “.DBF”. Para essa etapa, foi aberto o programa Tabwin, selecionada a opção “Arquivo, Comprime/Expandi.DBF”, localizada a pasta onde o arquivo foi salvo e expandir para a pasta desejada. Com o botão direito do mouse no arquivo “DNPR.DBF”, foi aberto o arquivo com o programa Excel® e trabalhado com os dados.

Após a obtenção e reorganização dos dados iniciais, foram definidas como critério de inclusão todas as fichas disponibilizadas pela SESA no período de 2014 a 2019 (6 anos), dos partos de ocorrência no domicílio, segundo local de ocorrência. Foram excluídos da amostra partos de ocorrência no domicílio com gestação múltipla por impossibilidade de identificação do binômio e com o campo de idade gestacional não preenchido, o que impossibilitaria a comparação da amostra.

Para estabelecer quais partos ocorreram de possível forma planejada, foi estabelecido um fluxo (Figura 2). As fichas selecionadas com possível parto domiciliar planejado (PPDP) deveriam ter o profissional Enfermeiro como responsável pela assistência ao parto e também ter tido o Enfermeiro como profissional responsável pelo preenchimento da DNV. Este profissional foi escolhido por ser habilitado para realização do atendimento ao PDP, com respaldo técnico e legal para sua atuação na gestação, parto e pós parto de gravidez de risco habitual ou baixo risco. Este parto também precisava ter ocorrido com idade gestacional igual

ou superior a 37 semanas (a termo), e o restante das fichas foram consideradas como possíveis partos domiciliares não planejados, ou seja, de ocorrência accidental.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO PARA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E ACIDENTAL. PARANÁ, BRASIL, 2021.



Powered by
bizagi
Modeler

FONTE: Elaborado pela autora (2020).

As informações contidas nas fichas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados, utilizando o software Microsoft Excel® 2010 elaborado pelas pesquisadoras para conter os seguintes dados maternos: Regional de saúde do local de ocorrência, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, histórico gestacional, tipo de gravidez (única ou dupla), número de consultas de pré-natal, semanas de gestação ao nascimento, trimestre em que iniciou o pré-natal, índice de Robson e Índice de Kotelchuck. Quanto aos dados do RN, foram anotados peso, anomalia, hora do nascimento, raça/cor, sexo, Apgar (1º e 5º minutos) e tipo de apresentação.

É considerado prematuro todo nascimento que ocorrer antes das 37 semanas(s) de gestação. A classificação de termo do recém-nascido a partir de 37 semanas é feita da seguinte forma: Prazo inicial: 37 0/7s a 38 6/7s; Período

completo: 39 0/7s a 40 6/7s; Prazo final: 41 0/7s a 41 6/7s; e Pós-prazo: 42 0/7s e além. (SPONG, 2013)

O Índice de Apgar (*appearance, pulse, grimace, activity and respiration*) refere-se à nota dada ao recém-nascido ao nascer. Quando esta nota está entre sete e 10 é considerada normal ou boa vitalidade fetal. Apgar com notas quatro, cinco ou seis é considerado intermediário, necessitando de mais atenção, condutas e suporte, mas não significa maiores riscos para disfunção neurológica. Quando esta nota está entre zero e três, devem ser iniciadas manobras mais invasivas, e esta nota no quinto minuto relaciona-se a maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral. Porém, um baixo índice de Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia (*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 2006). O índice de Apgar é apresentado no quadro 1.

QUADRO 1 - ÍNDICE DE APGAR. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (<100bpm)	Rápida(>100bpm)
Respiração	Ausente	Lente, irregular	Forte, choro
Tônus Muscular	Flácido	Flexões nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade Reflexa	Sem resposta	Caretas	Tosse, espirro
Cor	Cianose central/palidez	Corpo rosado, cianose nas extremidades	Corpo e extremidades rosados

FONTE: traduzido da *American Academy of Pediatrics* (2006).

A classificação de Robson foi criada pelo médico Irlandês Michael Robson em 2001, sendo utilizada com o intuito de monitorar e classificar as cesarianas. Sua classificação tem como objetivo identificar as mulheres submetidas à cesárea. A classificação é baseada em seis itens, segundo informações geralmente colhidas nos serviços ou registradas nos prontuários. Ela auxilia a compreender quem são as mulheres submetidas à cesariana e entender se há excessos de cesarianas em algum grupo específico (BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz, 2018).

Os seis itens são: idade gestacional [termo (maior ou igual a 37 semanas) ou pré-termo (menor que 37 semanas)]; Paridade [nulíparas (nenhum parto anterior) e múltiparas (um ou mais parto anterior)]; se múltipara, com ou sem cesárea prévia (cesárea anterior); gestação única ou múltipla (número de fetos); apresentação fetal

(cefálica, pélvica ou córmica); e início do trabalho de parto espontâneo, induzido ou cesárea eletiva (no caso, sem trabalho de parto) (BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz, 2018). Os grupos são enumerados de um a 10 (Quadro 2).

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Grupo	Critérios
1	Nulípara, feto único, cefálico, $\geq 37s$, TP espontâneo
2	Nulípara, feto único, cefálico, $\geq 37s$, TP induzido OU cesárea antes TP
3	Múltipara sem cesárea anterior, feto único, cefálico, $\geq 37s$, TP espontâneo
4	Múltipara sem cesárea anterior, feto único, cefálico, $\geq 37s$, induzido ou cesárea antes TP
5	Múltipara com 1 ou mais cesárea anterior, feto único, cefálico, $\geq 37s$
6	Todas nulíparas com apresentação pélvica
7	Todas múltiparas com apresentação pélvica (inclusive com cesárea anterior)
8	Todas as gestações múltiparas (inclusive com cesárea anterior)
9	Todas as córmicas ou oblíquas (inclusive com cesárea anterior)
10	Todas feto único cefálico $< 37s$ (inclusive com cesárea anterior)

FONTE: Clode (2017).

LEGENDA: (s) – semanas; (TP) - trabalho de parto.

O índice de Kotelchuck (IK) foi proposto em 1994, sendo também chamado de “índice de utilização do pré-natal”. Este índice usa dados dos registros de nascimento para combinar dois aspectos do cuidado do pré-natal: quando foi iniciado o pré-natal (temporalidade) e o número de consultas realizadas (utilização). Este índice não avalia a qualidade do pré-natal e o conteúdo abordado durante as consultas, mas, sim, a adequação do pré-natal. Ele utiliza como referência o calendário de consultas preconizados pela ACOG (*American College of Gynecology and Obstetrics*), que acaba por ser muito diferente do modelo brasileiro, e tem levado pesquisadores nacionais a adaptá-lo ao calendário de consultas preconizado pelo MS (DOMINGUES et al., 2012).

No documento da Rede Cegonha, são propostos como boa prática o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas. Assim, o índice foi calculado a partir dos campos “33 – Nº de consultas de pré-natal (Mesprenat) e “34 – Mês de gestação em que iniciou o pré-natal” (Consprenat). O resultado é classificado de um a cinco (Quadro 3). A categorização da "Adequação quantitativa

de pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo gravada em campo chamado "Kotelchuck" no arquivo disponível para download (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

QUADRO 3 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL ADAPTADO DO ÍNDICE DE KOTELCHUCK. PARANÁ, BRASIL, 2021.

ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DO ACESSO	DESCRIÇÃO
1. Não fez pré-natal	Mulheres que não fizeram consulta de pré-natal durante a gestação.
2. Inadequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação e aquelas que, embora tenham iniciado o pré-natal até o terceiro mês de gestação, fizeram menos de três consultas.
3. Intermediário	Gestantes que iniciaram os cuidados pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram três a cinco consultas.
4. Adequado	Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram seis consultas
5. Mais que adequado	Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o terceiro mês e fizeram sete consultas ou mais.

FONTE: Brasil, Ministério da Saúde (2018).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados mediante análise descritiva simples por meio da apresentação de frequência, média e mediana.

Após aplicar os critérios de exclusão e os filtros de seleção, os dados foram colocados em uma tabela de Excel® para estabelecer o perfil da população do estudo, bem como outros dados relevantes para o estudo. As variáveis foram utilizadas na tabela para construção do perfil da população. Entre as variáveis escolhidas, foi feito uma relação dos dados como índice de Kotelchuck e escolaridade materna apenas dos bebês de nascimento a termo.

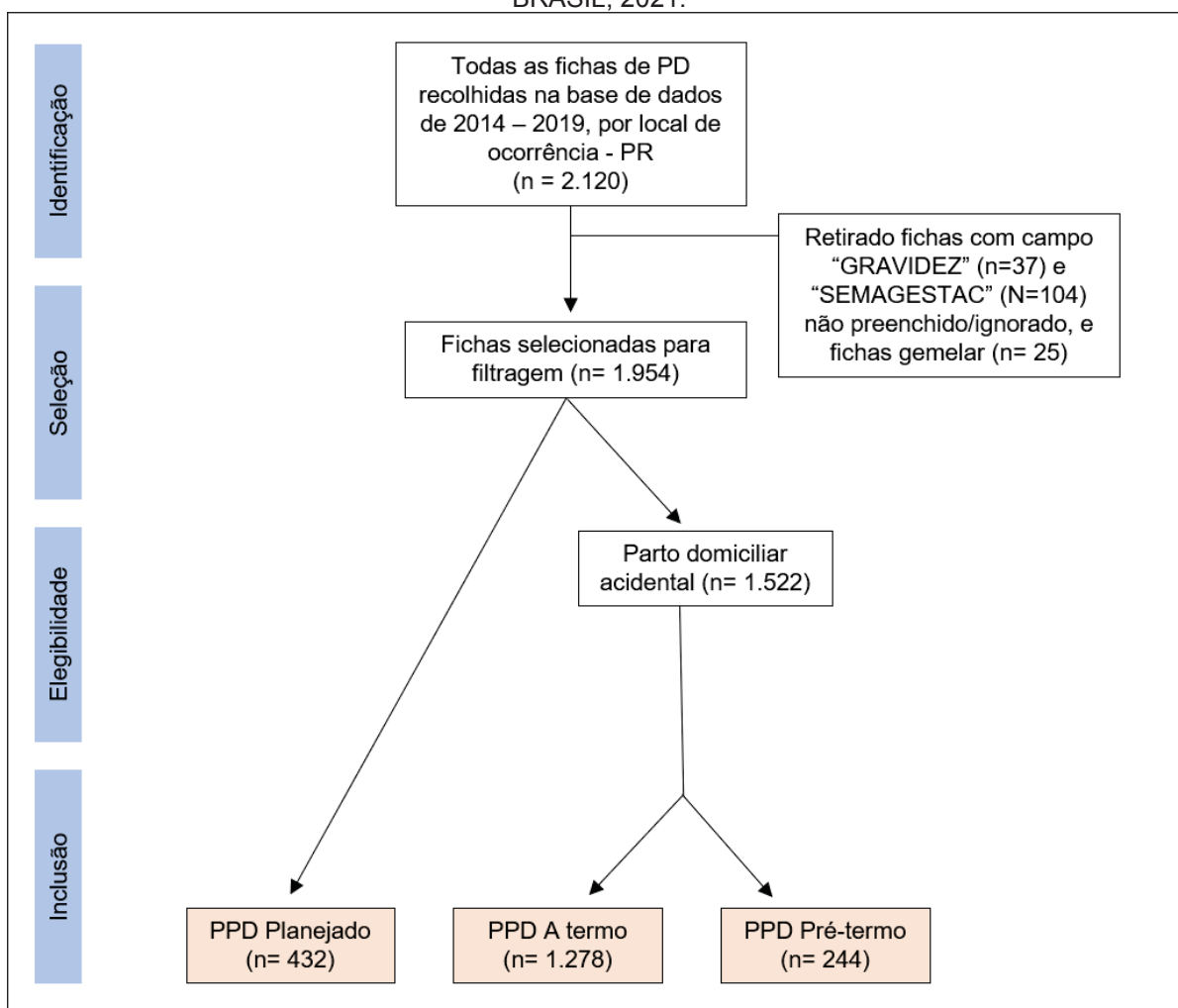
4 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que este estudo utilizou bases de dados secundárias de domínio público, não foram necessários contatos com seres humanos para obtenção de dados nem foram utilizados dados de prontuários ou semelhantes, não sendo necessárias a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme recomendações contidas na Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016, no artigo 1º parágrafo III (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2016).

5 RESULTADOS

Após a organização e a análise dos dados, foram estabelecidos três grupos, agrupados de acordo com local de nascimento e duração da gestação. Foram selecionadas 1.954 fichas para compor a pesquisa. Estas, foram divididas em três grupos, no qual 65,40% pertencem ao grupo de Possível Parto Domiciliar Acidental a Termo (PPDAAT), 22,10% Possível parto domiciliar planejado (PPDP), e 12,50% Possível Parto Domiciliar Acidental Pré-Termo (PPDAPT). A Figura 3 esboça essa divisão e seleção das fichas.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DA INCLUSÃO DE FICHAS E DIVISÃO DE GRUPOS. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Elaborado pela autora (2021).

A Tabela 1 mostra a ocorrência dos nascimentos, a média de nascimento de PD no estado no período de 2014 a 2019, de 325,66 nascimentos por ano. A média

de nascimento dos grupos de PPDP, PPDAAT e PPDAPT foi de 72, 213 e 40,7, respectivamente. O grupo do PPDAAT foi responsável pelo maior número de ocorrência dos nascimentos, com 65,40% dos nascimentos, seguido do grupo de PPDP, com 22,21%, e do PPDAPT, com 12,48%.

TABELA 1 - OCORRÊNCIA DE NASCIMENTO DOMICILIAR AO LONGO DO PERÍODO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

ANO	PPDP [n (%)]	PPDAAT [n (%)]	PPDAPT [n (%)]	Total (n)
2014	71 (23,05)	185 (60,06)	52 (16,88)	308
2015	84 (28,87)	178 (61,17)	29 (09,97)	291
2016	74 (22,91)	208 (64,40)	41 (12,69)	323
2017	91 (28,44)	193 (60,31)	36 (11,25)	320
2018	40 (11,43)	267 (76,29)	43 (12,29)	350
2019	72 (19,89)	247 (68,23)	43 (11,88)	362
Total	432 (22,11)	1.278 (65,40)	244 (12,49)	1.954

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>).

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar accidental a termo; (PPDAPT) – possível parto domiciliar accidental pré-termo.

Em 2018 houve diminuição no número de PPDP na 2ª RS – Metropolitana, com média de 26,66 nascimentos, ocorrendo 10, e na 15ª RS – Maringá, com média de 10,3 nascimentos, ocorrendo apenas quatro, conforme identificado na tabela 1.

5.1 POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E ACIDENTAL A TERMO

Entre as macrorregiões, a Leste detém 61,40% (n=1.050) de todos os nascimentos de PD no estado durante o período de 2014 a 2019, seguida da macrorregião Oeste, com 20,35% (n= 348). Das regionais de saúde, a 2ª, Metropolitana, tem o maior percentual, 45,56% (n= 779), seguida da 10ª, Cascavel, com 11,46% (n= 196). A distribuição dos nascimentos do grupo de PPDP ocorreu em um menor número (17) de regionais em comparação com o grupo de PPDAAT, que ocorreu nas 22 RS. A Tabela 2 indica o local de ocorrência dos nascimentos dos grupos de PPDP e PPDAAT no estado do PR.

TABELA 2 - NASCIMENTOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS E ACIDENTAIS A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Macrorregião	Regional de Saúde	PPDP (n = 432) [n (%)]	PPDAAT (n= 1278) [n (%)]
Leste	01 ^a - Paranaguá	0 (0,00%)	66 (5,16%)
	02 ^a - Metropolitana	199 (46,06%)	580 (45,38%)
	03 ^a - Ponta Grossa	15 (3,47%)	74 (5,79%)
	04 ^a - Irati	4 (0,93%)	7 (0,54%)
	05 ^a - Guarapuava	9 (2,08%)	69 (5,40%)
	06 ^a - União da Vitória	0 (0,00%)	9 (0,70%)
	21 ^a - Telêmaco Borba	1 (0,23%)	17 (1,33%)
Oeste	7 ^a - Pato Branco	0 (0,00%)	26 (2,03%)
	08 ^a - Francisco Beltrão	3 (0,69%)	11 (0,86%)
	09 ^a - Foz do Iguaçu	8 (1,85%)	56 (4,38%)
	10 ^a - Cascavel	86 (19,91%)	110 (8,61%)
	20 ^a - Toledo	14 (3,24%)	34 (2,66%)
Noroeste	11 ^a - Campo Mourão	1 (0,23%)	6 (0,47%)
	12 ^a - Umuarama	1 (0,23%)	9 (0,70%)
	13 ^a - Cianorte	0 (0,00%)	10 (0,78%)
	14 ^a - Paranavaí	1 (0,23%)	4 (0,31%)
	15 ^a - Maringá	60 (13,89%)	59 (4,62%)
	16 ^a - Apucarana	4 (0,93%)	12 (0,94%)
Norte	17 ^a - Londrina	22 (5,09%)	82 (6,42%)
	18 ^a - Cornélio Procopio	1 (0,23%)	10 (0,78%)
	19 ^a - Jacarezinho	3 (0,69%)	22 (1,72%)
	22 ^a - Ivaiporã	0 (0,00%)	5 (0,39%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

No que se refere às características maternas, observou-se uma diferença no predomínio da faixa etária entre os grupos, tendo o grupo do PPDP apresentado média de idade, 29 anos, maior que a do grupo de PPDAAT, de 26 anos. Considerando a totalidade geral dos dois grupos (n= 1.719), o percentual de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos) é de 8,30% (n=142) e aquelas que têm idade igual ou superior a 35 anos compreendem 14,09% (n=241). Sendo assim, as gestantes de PDP, 68% (n=297) encontram-se na faixa etária de 26-34 anos, e 14,58% (n=62) têm idade igual ou superior a 35 anos. E, no grupo de PPDAAT, 56,81% (n=726) encontram-se na faixa etária de 20-30 anos, 11,03% (n=141) são

adolescentes e 13,93% (n= 178) têm idade igual ou superior a 35 anos. Conforme dados descritos na Tabela 3.

Quanto à cor/raça, a predominante nos grupos foi a branca, com 72,75% (n=1.244), seguida da cor parda, com 18,71% (n=320). Sendo assim, a cor/raça das mulheres que tiveram um PPDP ou PPDAAT é majoritariamente branca. Neste dado, a completude do campo foi de 98,6%, conforme informado na tabela 3.

Ao considerar o estado civil e a situação conjugal, é possível identificar que 51,51% (n=898) coabita com o companheiro [casada 35,79% (n=612) e união estável 16,73% (n=286)], enquanto as solteiras representam 45,09% (n=771). Neste item, há uma diferença entre os grupos: o grupo de PPDP tem o majoritário das mulheres casadas e o grupo de PPDAAT, as solteiras. Conforme dados descritos na Tabela 3.

A Tabela 3 refere-se aos dados sociodemográficos das mulheres que tiveram um parto vaginal em um PPDP e um PPDAAT.

TABELA 3 - PERFIL DAS MULHERES QUE TIVERAM UM POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR PLANEJADO E A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Características	PDP (n = 432)	PDAAT (n = 1278)
Idade materna (média)	29,68	27,35
Faixa etária materna (anos) [n (%)]		
13 a 15	1 (0,23%)	18 (1,41%)
16 a 19	0 (0,00%)	123 (9,62%)
20 a 25	71 (16,44%)	377 (29,50%)
26 a 30	182 (42,13%)	349 (27,31%)
31 a 34	115 (26,62%)	233 (18,23%)
35 a 40	57 (13,19%)	162 (12,68%)
41 a 45	6 (1,39%)	16 (1,25%)
Raça/Cor materna [n (%)]		
Branca	394 (91,20%)	850 (66,51%)
Preta	5 (1,16%)	63 (4,93%)
Amarela	3 (0,69%)	7 (0,55%)
Parda	27 (6,25%)	293 (22,93%)
Indígena	1 (0,23%)	43 (3,36%)
Ignorado/Não preenchido	2 (0,46%)	22 (1,72%)
Estado civil [n (%)]		
Solteira	88 (20,37%)	683 (53,44%)
Casada	287 (66,44%)	325 (25,43%)
Viúva	0 (0,00%)	3 (0,23%)
Separada judicialmente/divorciada	6 (1,39%)	15 (1,17%)
União estável	51 (11,81%)	235 (18,39%)
Ignorado/não preenchido	0 (0,00%)	17 (1,33%)
Escolaridade (grau) [n (%)]		
Sem escolaridade	0 (0,00%)	24 (1,88%)
Fundamental I (1ª a 4ª série)	0 (0,00%)	123 (9,62%)
Fundamental II (5ª a 8ª série)	6 (1,39%)	434 (33,96%)
Médio (antigo 2º grau)	43 (9,95%)	392 (30,67%)
Superior incompleto	55 (12,73%)	63 (4,93%)
Superior completo	327 (75,69%)	219 (17,14%)
Ignorado/Não preenchido	1 (0,23%)	23 (1,80%)

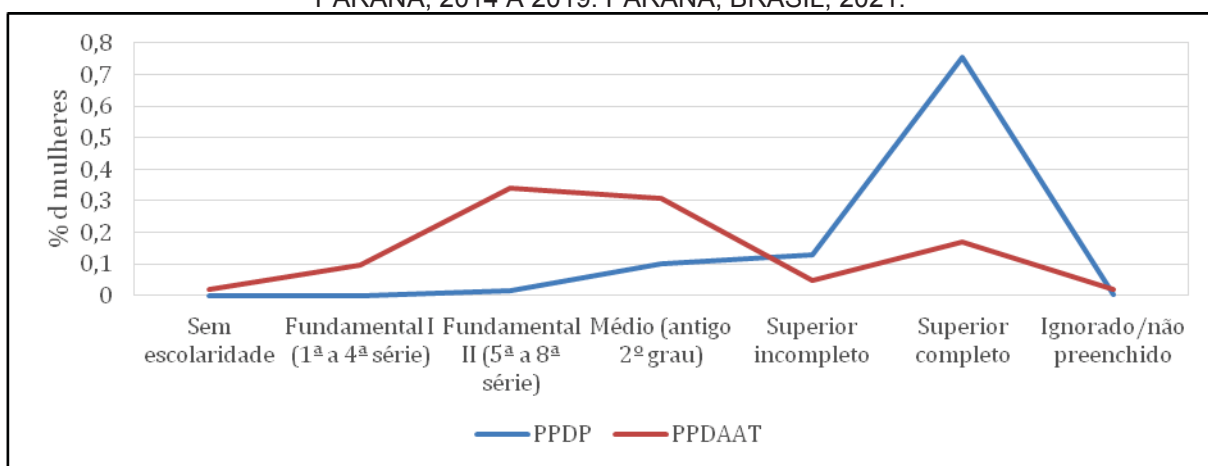
FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo

Quanto ao grau de escolaridade da mãe, 64,27% (n=1.099) têm nove anos ou mais de estudos, 34,33% (n=587) têm, no máximo, o ensino fundamental

completo (até oito anos de estudo), sendo que destas, apenas 0,35% (n=6) pertencem ao grupo do PPDP. Neste dado, a completude do campo foi de 98,6%. As mulheres do grupo de PPDP têm maior nível de escolaridade (mínimo de superior incompleto), 88,43% (n=382), enquanto o grupo de PPDAAT, 76,13% (n=973), tem até o ensino médio completo (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MULHERES DOS GRUPOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

A menor e a maior idade do grupo de PPDP corresponde a 19 e 58 anos, enquanto do grupo de PPDAAT é de 17 e 68 anos, assim, a amplitude no grupo de PPDAAT é maior quando comparada ao grupo de PPDP. A completude deste dado é 68,48%. No total, 31,52% (n=539) fichas tiveram este dado ignorado ou não preenchido. A Tabela 4 mostra o quantitativo paterno segundo a idade e o grupo.

TABELA 4 - IDADE PATERNA DOS GRUPOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Características	PPDP (n = 432)	PPDAAT (n = 1278)
Idade paterna (média)	32,42	31,51
Faixa etária paterna (anos) [n (%)]		
13 a 15	0 (0,00%)	0 (0,00%)
16 a 19	1 (0,23%)	20 (1,56%)
20 a 25	26 (6,02%)	170 (13,30%)
26 a 30	114 (26,39%)	213 (16,66%)
31 a 34	127 (29,40%)	137 (10,71%)
35 a 40	110 (25,46%)	138 (10,79%)
41 a 50	19 (4,40%)	72 (5,63%)
51 a 60	3 (0,69%)	14 (1,09%)
61 ou mais	0	7 (0,547%)
Ignorado/não preenchido	32 (7,41%)	507 (39,671%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

Das profissões do grupo de mulheres que tiveram PPDP, 11,34% (n=49) são donas de casa, 10,41% (n=45) professoras, 4,86% (n=21) comerciantes varejistas e 3,93% (n=17) estudantes. Neste campo, 17,59% (n=76) das fichas não foram preenchidas.

Das profissões do grupo de PPDAAT, a profissão com maior destaque de ocorrência, com 34,20% (n=591), é a de donas de casa. Outras profissões presentes são 2,81% (n=36) empregadas domésticas/diaristas, 2,58% (n=33) comerciantes varejistas/vendedoras do comércio varejista, 2,34% (n=30) estudantes, 2,11% (n=27) professoras, 1,40% (n=18) operadoras de caixa, 1,09% (n=14) assistentes administrativas, 0,70% (n=9) cozinheiras, 0,62 % (n=oito) advogadas, 0,62 % (n=oito) administradoras, entre outras profissões. Neste campo, 18,38% (n=241) das fichas não foram preenchidas, conforme dados presentes na tabela 5.

Em relação ao número de gestações anteriores, 21,70% (n=317) são nulíparas (nunca estiveram grávidas), somando os dois grupos, 31,23% (n=534) das gestantes de PPDP e PPDAAT tiveram uma gestação anterior, e 46,61% (n=797) tiveram duas ou mais gestações anteriores. Ao todo, foram 3.134 gestações anteriores e a média geral destes dois grupos de gestação anterior foi de 1,84. As

mulheres do grupo de PPDP costumam ter nenhuma ou uma gestação anterior, 76,62% (n=331), com média de 1,01, enquanto as de PPDAAT, 49,84% (n=637), têm uma ou duas gestações anteriores, com média de 2,14 gestações anteriores. O número de dados não preenchidos/ignorados nesta seção foi de 0,63% (n=8), conforme dados presentes na tabela 5..

Quando considerados os nascimentos anteriores, no total, ocorreram 3.745 nascimentos anteriores. Destes, 93,03% (n=3.484) foram vaginais, e os demais 6,97% (n=261) cesarianas. Destes nascimentos anteriores, o grupo de PPDP apresentou uma ocorrência de 76,70% (n=260) de parto vaginal e 23,30% (n=79) cesarianas, e o grupo de PPDAAT, 94,66% (n=3.224) de nascimentos vaginais, e o restante, 5,34% (n=182) cesarianas. Assim, o grupo de PPDP tem um histórico de cesariana(s) anterior(es) maior que o grupo de PPDAAT. O número de dados não preenchidos/ignorados nessas duas seções (parto anterior vaginal e cesariana) foi de 0,73% (n=25), conforme dados presentes na tabela 5.

A Tabela 5 descreve o histórico gestacional dos grupos de PPDP e PPDAAT.

TABELA 5 - DADOS GESTACIONAIS DAS MULHERES QUE TIVERAM UM POSSÍVEL PDP E PDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Dados gestacionais		PPDP (n= 432)	PPDAAT (n= 1278)
Quantidade de gestações anteriores [n (%)]	0	158 (36,57%)	213 (16,67%)
	1	173 (40,05%)	361 (28,25%)
	2	64 (14,81%)	276 (21,60%)
	3	24 (5,56%)	183 (14,32%)
	4 ou mais	13 (3,01%)	237 (18,54%)
	Ignorado/Não preenchido	0 (0,00%)	8 (0,63%)
Partos Vaginais [n (%)]	0	232 (53,70%)	289 (22,61%)
	1	152 (35,19%)	379 (29,66%)
	2	35 (8,10%)	257 (20,11%)
	3	10 (2,31%)	152 (11,89%)
	4 ou mais	2 (0,46%)	193 (15,10%)
	Ignorado/Não preenchido	1 (0,23%)	8 (0,63%)
Cesariana [n (%)]	0	360 (83,33%)	1104 (86,38%)
	1	61 (14,12%)	145 (11,35%)
	2	6 (1,39%)	13 (1,02%)
	3 a 5	2 (0,46%)	3 (0,24%)
	Ignorado/Não preenchido	3 (0,69%)	13 (1,02%)
Filho perda fetal/aborto [n (%)]	0	347 (80,32%)	1061 (83,02%)
	1	67 (15,51%)	166 (12,99%)
	2	9 (2,08%)	24 (1,88%)
	3 a 5	5 (1,15%)	12 (0,94%)
	Ignorado/Não preenchido	4 (0,93%)	15 (1,17%)
Consultas pré-natal [n (%)]	Nenhuma	3 (0,69%)	132 (10,33%)
	1 a 5	7 (1,62%)	329 (25,74%)
	6 ou mais	420 (97,22%)	744 (58,22%)
	Ignorado/Não preenchido	2 (0,46%)	73 (5,71%)
Trimestre de gestação que iniciou o pré-natal [n (%)]	1º trimestre (1º ao 3º mês)	409 (94,68%)	690 (53,99%)
	2º trimestre (4º ao 6º mês)	15 (3,47%)	248 (19,41%)
	3º trimestre (7º ao 9º mês)	3 (0,69%)	88 (6,89%)
	Ignorado/Não preenchido	5 (1,16%)	252 (19,72%)

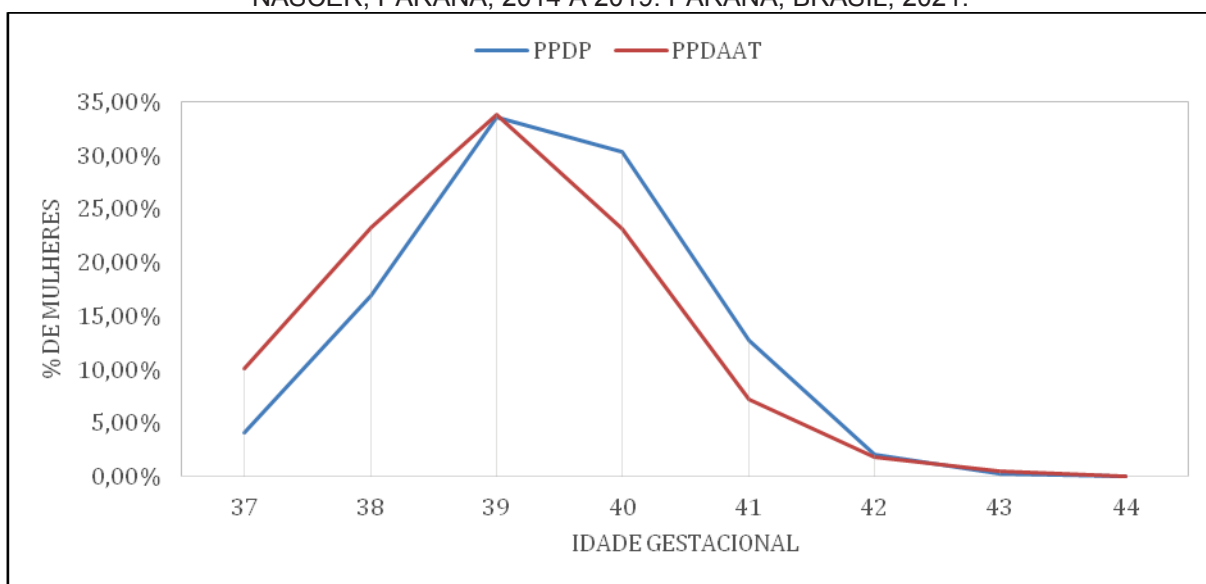
FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>). Legenda: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

Em relação às semanas de gestação em que a mulher estava quando ocorreu o parto, o Gráfico 2 mostra a ocorrência dos nascimentos na semana gestacional equivalente, variando de 37s a 44s.

Mais de 80% (n=1.375) das gestações ocorreram entre a 38^{os} e 40^{os} gestacional. Foram identificados 2,34% (n=40) casos de ocorrência de gestações pós-prazo (42 semanas ou mais) no total dos dois grupos, conforme gráfico 2.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS AO LONGO DA SEMANA GESTACIONAL AO NASCER, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

O índice de Kotelchuck é apresentado como “adequação do pré-natal”. A Tabela 6 expressa a adequação do pré-natal em ambos os grupos de PPDP e PPDAAT.

TABELA 6 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DAS MULHERES DO GRUPO DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Adequação do pré-natal [n (%)]	PPDP (n= 432)	PPDAAT (n= 1278)
Não fez pré-natal	3 (0,69%)	132 (10,33%)
Inadequado	18 (4,17%)	343 (26,84%)
Intermediário	2 (0,46%)	73 (5,71%)
Adequado	16 (3,70%)	63 (4,93%)
Mais que adequado	389 (90,05%)	534 (41,78%)
Dados insuficientes	4 (0,93%)	133 (10,41%)

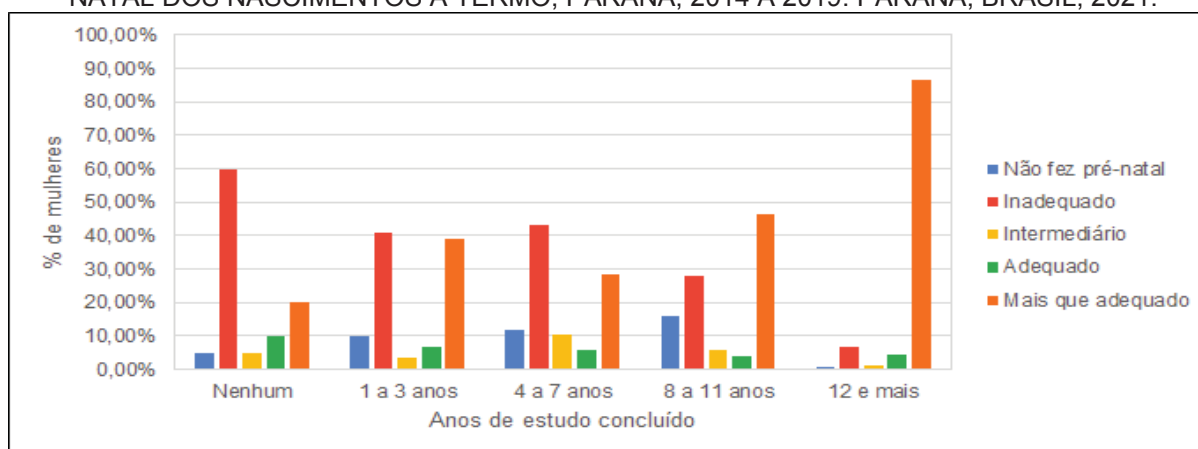
FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo.

Quando foi comparado o grau de escolaridade com o nível de adequação do pré-natal de ambos os grupos, identificamos que quanto maior o grau de instrução materna, melhor é adequação do pré-natal (Gráfico 4).

GRÁFICO 3 - GRAU DE ESCOLARIDADE COMPARADO COM NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DOS NASCIMENTOS A TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

Não estão demonstradas as informações incompletas

Em relação à classificação de Robson, Tabela 7, foi identificada a ocorrência dos grupos dois e quatro, que indicam indução ou cesariana antes do início do TP, podendo este dado ser entendido como um erro de preenchimento, por não haver possibilidade de indução de nascimento no domicílio.

TABELA 7 - CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON DOS PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Nº da classificação [n (%)]	PPDP (n= 432)	PPDPAAT (n= 1278)
1	156 (36,11%)	194 (15,18%)
2	1 (0,23%)	4 (0,31%)
3	205 (47,45%)	819 (64,08%)
4	0 (0,00%)	6 (0,47%)
5	69 (15,97%)	142 (11,11%)
6	1 (0,23%)	8 (0,63%)
7	0 (0,00%)	38 (2,97%)
11	0 (0,00%)	67 (5,24%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (n) – número da amostra; (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo; (11) - informações incompletas.

A média de peso dos recém-nascidos (RN), quando somados os dois grupos, foi de 3.163,201g. A média de peso do RN masculino do grupo de PPDP foi maior (3.426,74g) que no grupo de PPDAAT (3.172,69g). O grupo de PPDP também teve média de peso maior no grupo de RN feminino, de 3.302,18g, e no grupo de PPDAAT, de 3.025,72g. A Tabela 8 mostra os dados dos recém-nascidos do grupo de PPDP e PPDAAT.

TABELA 8 - DADOS DOS RECÉM-NASCIDOS DE PPDP E PPDAAT, PARANÁ, 2014 A 2019.
PARANÁ, BRASIL, 2021.

Dados do recém-nascido	PPDP (n= 432)	PPDAAT (n= 1278)
Peso ao nascer (g) [n (%)]		
<1001	2 (0,46%)	3 (0,23%)
1001 a 2500	6 (1,39%)	123 (9,62%)
2501 a 3000	78 (18,06%)	407 (31,85%)
3001 a 4000	313 (72,45%)	677 (52,97%)
4001 a 5000	33 (7,64%)	47 (3,68%)
Ignorado/Não preenchido	0 (0,00%)	21 (1,64%)
Raça/Cor [n (%)]		
Branca	394 (91,20%)	852 (66,67%)
Preta	5 (1,16%)	63 (4,93%)
Amarela	3 (0,69%)	7 (0,55%)
Parda	27 (6,25%)	295 (23,08%)
Indígena	1 (0,23%)	43 (3,36%)
Ignorado/Não preenchido	2 (0,46%)	18 (1,41%)
Sexo – [n (%)]		
Feminino	235 (54,40%)	669 (52,35%)
Masculino	197 (45,60%)	609 (47,65%)
Apgar no 1º minuto [n (%)]		
0 a 3 – Asfixia grave	6 (1,39%)	34 (2,66%)
4 a 6 – Asfixia moderada	12 (2,78%)	13 (1,02%)
7 a 10 – Boa vitalidade/boa adaptação	405 (93,75%)	581 (45,46%)
Ignorado/Não preenchido	9 (2,08%)	650 (50,86%)
Apgar no 5º minuto [n (%)]		
0 a 3 – Asfixia grave	3 (0,69%)	26 (2,03%)
4 a 6 – Asfixia moderada	1 (0,23%)	1 (0,08%)
7 a 10 – Boa vitalidade/boa adaptação	420 (97,22%)	616 (48,20%)
Ignorado/Não preenchido	8 (1,85%)	635 (49,69%)
Tipo de apresentação [n (%)]		
Cefálico	431 (99,77%)	1165 (91,16%)
Pélvica	1 (0,23%)	46 (3,60%)
Ignorado/Não preenchido	0 (0,00%)	67 (5,24%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

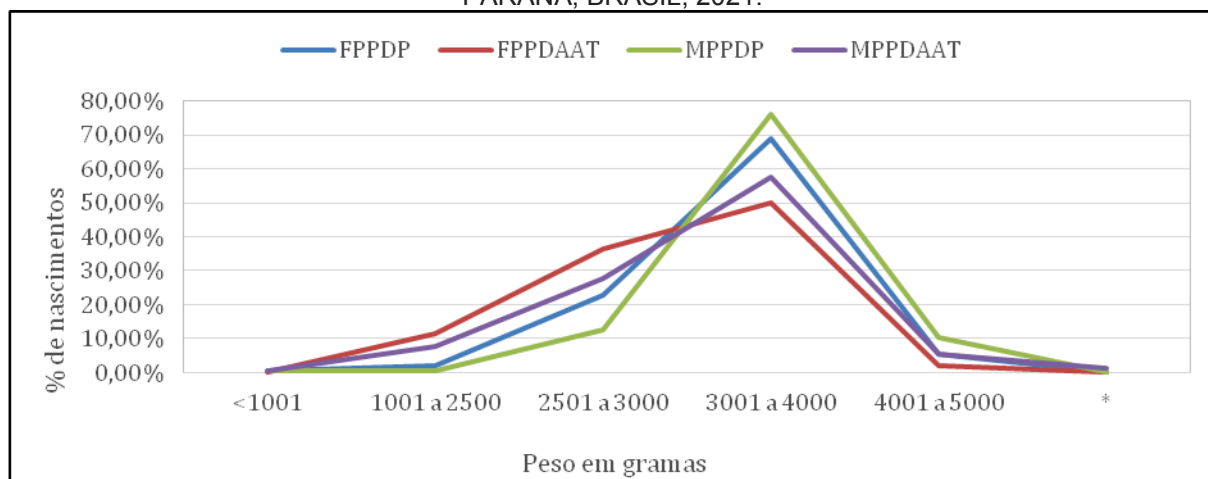
(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>);

LEGENDA: (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar acidental a termo; (n) - número da amostra; (g) – gramas.

O Gráfico 4 expressa a diferença do peso de ambos os grupos, dividido por sexo. A média de peso do grupo de PPDP é maior em ambos os sexos que a média

do grupo de PPDAAT. A média de peso masculina de cada grupo é maior que a média de peso feminina do seu grupo equivalente.

GRÁFICO 4 - PESO DOS RECÉM-NASCIDOS POR SEXO E GRUPO, PARANÁ, 2014 A 2019.
PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (FPPDP) – feminino possível parto domiciliar planejado; (FPPDAAT) – feminino possível parto domiciliar acidental a termo; (MPPDP) – masculino possível parto domiciliar planejado; (MPPDAAT) – masculino possível parto domiciliar acidental a termo; (*) - ignorado ou não preenchido.

Entre os RN provenientes do grupo de PPDP, apenas 4,17% (n=18) apresentaram notas de asfixia grave a moderada no primeiro minuto, e apenas 0,92% (n=4) permaneceram com notas de zero a seis. No grupo de PPDAAT, 3,68% dos RN apresentaram Apgar do primeiro minuto com nota de zero a seis, porém é importante ressaltar que foi identificada uma lacuna no preenchimento de Apgar no primeiro e quinto minuto neste grupo (mais de 50% em ambos os períodos de avaliação), podendo ter ocultado os dados referentes ao bem-estar do RN no momento do nascimento. Das fichas não preenchidas, 69% (n=453) dos nascimentos foram atendidos por pessoas classificadas como “outros” ou “ignorado”, no campo de preenchimento da DNV. Apenas 2,77% (n=18) das fichas não tinham nota de Apgar no primeiro minuto, mas havia nota no quinto minuto, apenas uma com nota equivalente a asfixia grave, o restante variou de sete a 10.

Foram identificadas seis (0,35%) anomalias presentes nos recém-nascidos, duas no grupo de PPDP, com o CID 10 – Q699 (polidactilia), com peso dentro da normalidade e sem impacto na vitalidade do feto ao nascer, cuja nota de APGAR foi 9/10 em ambos os grupos. No grupo PPDAAT, foram identificados os seguintes CID: Q793 (gastrosquise); Q02X (microcefalia); Q699 (polidactilia); e Q790 (hérnia

diafragmática congênita). E para dois destes CID, há relato da nota de Apgar com resultado de boa vitalidade fetal ao nascer (Q02X e Q699), para o restante não há informação de Apgar, todos com peso maior que 2.500g.

Quanto aos profissionais que prestaram assistência ao parto, devido ao critério de seleção do grupo de PPDP, este grupo foi cem por cento atendido por Enfermeiro. No grupo de PDPAAT, 33,80% (n=432) foram atendidos por médicos, 48,04% (n=614) por funcionário de cartório, 7,75% (n=99) por enfermeiros, 2,66% (n=34) por parteiras e 7,75% (n=99) ignorado/não preenchido.

5.2 POSSÍVEL PARTO DOMICILIAR ACIDENTAL PRÉ-TERMO

A Tabela 9 apresenta os nascimentos de 2014 a 2019, segundo a RS.

TABELA 9 - NASCIMENTOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES ACIDENTAIS PRÉ-TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Macrorregião	Regional de Saúde	PPDAPT (n= 244) [n (%)]
Leste	01 ^a - Paranaguá	17 (6,97%)
	02 ^a - Metropolitana	88 (36,07%)
	03 ^a - Ponta Grossa	15 (6,15%)
	04 ^a - Irati	2 (0,82%)
	05 ^a - Guarapuava	19 (7,79%)
	06 ^a - União da Vitória	7 (2,87%)
	21 ^a - Telêmaco Borba	4 (1,64%)
Oeste	07 ^a - Pato Branco	5 (2,05%)
	08 ^a - Francisco Beltrão	2 (0,82%)
	09 ^a - Foz do Iguaçu	10 (4,10%)
	10 ^a - Cascavel	13 (5,33%)
	20 ^a - Toledo	5 (2,05%)
Noroeste	11 ^a - Campo Mourão	4 (1,64%)
	12 ^a - Umuarama	7 (2,87%)
	13 ^a - Cianorte	1 (0,41%)
	14 ^a - Paranavaí	5 (2,05%)
	15 ^a - Maringá	10 (4,10%)
	16 ^a - Apucarana	2 (0,82%)
Norte	17 ^a - Londrina	22 (9,02%)
	18 ^a - Cornélio Procopio	3 (1,23%)
	19 ^a - Jacarezinho	0 (0,00%)
	22 ^a - Ivaiporã	3 (1,23%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (n) – número.

Quanto à idade do grupo do PPDAPT (n=244), a média de idade foi de 26,38 anos, 51,23% (n=125) de 20 a 30 anos, 20,08% (n=49) são adolescentes (de 13 a 19 anos) e 14,75% (n=36) de 35 a 44 anos. A idade mínima foi de 13 anos e a máxima, de 44 anos. Quanto à raça/cor das mulheres, 54,92% (n=134) são brancas, 31,56% (n=77) pardas, 6,97% (n=17) negras e 3,28% (n=8) amarelas e indígenas, 3,38% (n=8) ignorado ou não preenchido.

Em relação ao estado civil, 54,92% (n=134) são solteiras, 41,80% (n=102) coabitam com o companheiro [(casadas 18,03% (n=44) e união estável 23,77% (n=58)], as demais, 3,28%, são viúvas, separadas judicialmente/divorciadas ou não preenchido/ignorado.

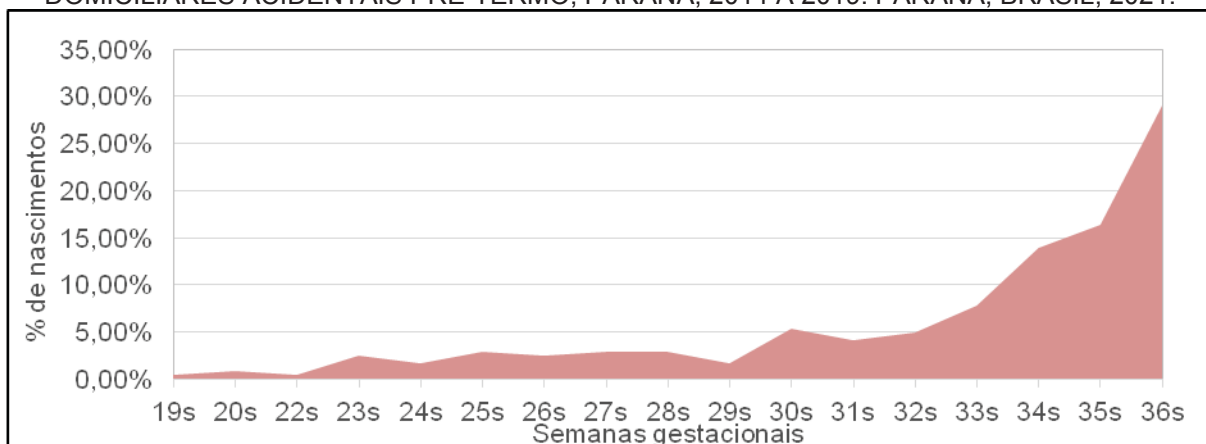
No que diz respeito à escolaridade, 54,51% (n=133) estudaram até oito anos, 31,56% (n=77) fizeram o ensino médio (antigo 2º grau) e 9,43% (n= 23) têm ensino superior (completo/incompleto). Foram relatados 2,05% (n=5) sem escolaridade. A idade paterna média foi de 30 anos, a idade mínima de 17 e a máxima de 58. Adolescentes representam 5,33% (n=13) da amostra, 31,15% (n=76) têm entre 20 e 30 anos e 17,62% (n=43) mais de 35 anos. A completude deste dado foi de 64,34%.

Nos dados referentes ao histórico gestacional, 25,82% (n=63) são nulíparas, 22,95% (n=56) tiveram um filho anteriormente, 21,31% (n=52) tiveram dois filhos e 29,51% (n=72) tiveram três ou mais gestações, sendo o máximo, 11. Quanto à via de parto dos nascimentos anteriores, 24,18% (n=59) tiveram parto vaginal anterior, 20,90% (n=51) tiveram dois partos vaginais anteriores e 23,77% (n=58) tiveram três ou mais partos vaginais anteriores, sendo o máximo de 11. Quanto às cesarianas anteriores, 10,25% (n=25) tiveram uma cesárea anterior e 1,64% (n=4) tiveram duas e quatro cesarianas anteriores.

No histórico de perda fetal/aborto, 84,02% (n=205) não apresentaram este antecedente, 12,30% (n=30) tiveram uma perda fetal/aborto anteriormente, 2,46% (n=6) tiveram duas e 0,41% (n=1) tiveram três. Quanto ao início do pré-natal, a maioria iniciou o pré-natal no 1º trimestre gestacional [(46.31% [n=113]), 25,41% (n=62) iniciaram no 2º trimestre gestacional e 5,33% (n=13) no 3º trimestre gestacional. Fichas não preenchidas ou ignoradas foram 22,95% (n=56). No que se refere ao quantitativo de consultas de pré-natal, 15,20% (n=37) não fizeram pré-natal, 45,10% (n=110) fizeram uma a cinco consultas e 31,6% (n=77) seis ou mais consultas. A completude dos dados neste campo foi de 91,80% (n=224).

A respeito da semana gestacional em que a mulher estava quando ocorreu o nascimento, 13,93% (n=34) foram considerados pré-termo extremos (<28s), 13,93% (n=34) muito pré-termo (28 a <32s), 12,70% (n=31) pré-termo moderado (32 a <34s) e 59,43% (n=145) pré-termo tardio (34s <37s). O Gráfico 5 expressa a idade gestacional ao nascimento.

GRÁFICO 5 - SEMANA GESTACIONAL DO NASCIMENTO DOS POSSÍVEIS PARTOS DOMICILIARES ACIDENTAIS PRÉ-TERMO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (s) – semanas.

Em relação à adequação do pré-natal, mais da metade, 51,23% (n=125) das mulheres que tiveram um parto prematuro em casa não fizeram o pré-natal ou o fizeram de forma inadequada. A Tabela 10 descreve a ocorrência destas variáveis no grupo de PPDAPT.

TABELA 10 - ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL DAS MULHERES DO GRUPO PPDAPT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Adequação do pré-natal [n (%)]	PPDAPT (n= 244)
Não fez pré-natal	37 (15,16%)
Inadequado	88 (36,07%)
Intermediário	30 (12,30%)
Adequado	18 (7,38%)
Mais que adequado	50 (20,49%)
Dados insuficientes	21 (8,61%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (PPDAPT) – possível parto domiciliar acidental pré-termo; (n) – número da amostra.

Em relação à classificação de Robson, foi identificada ocorrência dos grupos seis (todas nulíparas com bebê pélvico), sete (todas multíparas com bebê pélvico, inclusive com cesariana anterior), 10 (todas com feto único, cefálico e <37s, inclusive cesariana anterior) e 11 (dados incompletos). Os valores da ocorrência destes grupos foram, respectivamente, de 1,23% (n=3), 3,60% (n=9), 85,25% (n=208) e 9,84% (n=24).

A idade média paterna foi de 30,7 anos, idade mínima de 17 e a máxima de 58. A completude deste dado foi de 64,34% (n=157). Os pais adolescentes representaram 5,33% (n=13), de 20 a 30 anos foram 31,15% (n=76), de 31 a 40 foram 18,85% (n=46) e com idade igual ou maior que 41 anos foram 9,02% (n=22).

O baixo peso ao nascer (<2500g) ocorreu em 70% (n=172) dos nascimentos, sendo muito baixo peso (<1500g) 21,31% (n=52) e extremo baixo peso (<1000) 9,84% (n=24). Os dados referentes ao Apgar trazem uma grande lacuna de completude, em que mais de 50% (tanto no 1º quanto no 5º minuto) não foram preenchidos, podendo esta falta de preenchimento estar ligada ao profissional ou à pessoa que prestou assistência a este nascimento não saber avaliar ou a assistência ter chegado após o 1º e 5º minutos. Não foi identificada nenhuma anomalia ao nascer. A Tabela 11 descreve os dados dos recém-nascidos do grupo de mulheres que tiveram PPDAPT.

TABELA 11 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO DE PPDAPT, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.

Dados do recém-nascido	PPDAPT (n= 244) [n (%)]
Peso ao nascer (g)	
300 a 500	3 (1,23%)
501 a 999	21 (8,61%)
1000 a 2000	90 (36,89%)
2001 a 2500	58 (23,77%)
> 2501	68 (27,87%)
Ignorado/Não preenchido	4 (1,64%)
Raça/Cor	
Branca	134 (54,92%)
Preta	17 (6,97%)
Amarela	1 (0,41%)
Parda	78 (31,97%)
Indígena	7 (2,87%)
Ignorado/Não preenchido	7 (2,87%)
Sexo	
Feminino	114 (46,72%)
Masculino	130 (53,28%)
Apgar no 1º minuto	
0 a 3 – Asfixia grave	26 (10,66%)
4 a 6 – Asfixia moderada	7 (2,87%)
7 a 10 – Boa vitalidade/boa adaptação	74 (30,33%)
Ignorado/Não preenchido	137 (56,15%)
Apgar no 5º minuto	
0 a 3 – Asfixia grave	19 (7,79%)
4 a 6 – Asfixia moderada	7 (2,87%)
7 a 10 – Boa vitalidade/boa adaptação	83 (34,02%)
Ignorado/Não preenchido	135 (55,33%)
Tipo de apresentação	
Cefálico	208 (85,25%)
Pélvica	12 (4,92%)
Ignorado/Não preenchido	24 (9,84%)

FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>

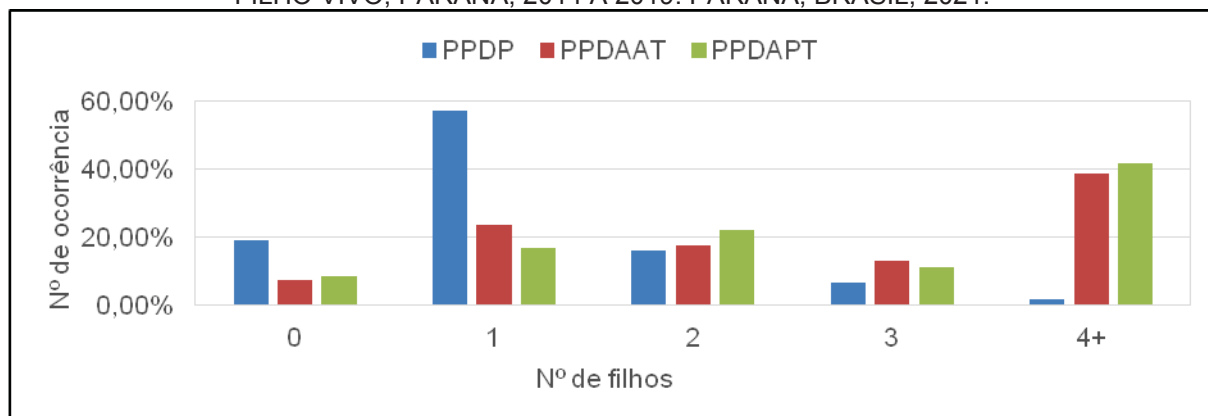
LEGENDA: (PPDAPT) – possível parto domiciliar planejado acidental pré-termo; (g) – gramas; (n) – número da amostra

Quanto aos profissionais que atenderam ou prestaram assistência ao parto, 47,95% (n=117) foram funcionários do cartório, 29,51% (n=72) médicos, 3,69%

(n=9) enfermeiros, 1,64% (n=4) parteiras e 17,21% (n=42) foram ignorados/não preenchidos.

Quando comparados os dados entre os grupos PPDP, PPDAAT e PPDAPT, percebe-se uma diferença na relação entre a idade e o número de filhos vivos entre os grupos. O Gráfico 6 mostra a relação da idade materna avançada (IMA), ou seja, mulheres com 35 anos ou mais, e a quantidade de filhos vivos, que representam 14,17% (n=277) de toda a amostra. É possível identificar que o grupo de mulheres de IMA do PPDP tem um número menor de filhos vivos por mulher (média de 1,14 filhos por mulher) do que os grupos que tiveram um possível parto domiciliar acidental (média de 3,08 filhos por mulher).

GRÁFICO 6 - RELAÇÃO DA IDADE MATERNA AVANÇADA (IMA) EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE FILHO VIVO, PARANÁ, 2014 A 2019. PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (2021).

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>)

LEGENDA: (PPDP) – possível parto domiciliar planejado; (PPDAAT) – possível parto domiciliar planejado acidental a termo; (PPDAPT) – possível parto domiciliar planejado acidental pré-termo.

Quando analisamos os três grupos juntos a respeito do índice de Kotelchuck, temos uma ocorrência de 8,80% (n=172) que não fizeram pré-natal, 22,98% (n= 449) fizeram pré-natal inadequado, 5,37% (n=150) intermediário, 4,96% (n=97) fizeram pré-natal adequado e 49,80% (n=973) mais do que adequado. Dados insuficientes representaram 8,09% (n=158) da amostra. Ou seja, os partos de ocorrência no domicílio têm, em sua maioria, ocorrência de 6 ou mais consultas de pré-natal e início precoce (antes ou durante o terceiro mês de gestação).

6 DISCUSSÃO

No estado do Paraná, a ocorrência média de partos hospitalares entre os anos de 2014 a 2019 foi de 155.391, o que representa 99,01% de todos os nascimentos do estado. Com o passar dos anos, de 2014 a 2019, a ocorrência de parto hospitalar foi diminuindo no decorrer do período, indo de 99,31% dos nascimentos em 2014 a 98,74% em 2019, mas, ainda assim, representa quase que a totalidade dos locais de nascimentos, ou seja, majoritariamente as mulheres no estado do Paraná vivenciam o nascimento de seus filhos em um ambiente hospitalar (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2020).

A ocorrência do parto domiciliar (PD) ainda representa uma minoria em comparação com o total de partos institucionalizados. O estado do Paraná segue a média da ocorrência de nascimentos domiciliares do Brasil, sendo menor que 1% (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2021), semelhante a outros locais do mundo, como na França, em que 1% dos nascimentos ocorrem em casa, no entanto, é crescente a busca de mulheres e casais por essa escolha (MAIMBURG, 2018). Na Escócia, a frequência de PD é de 0,2% dos nascimentos (NATIONAL SERVICES SCOTLAND, 2017). Em 2012, 2% das mulheres na Inglaterra tiveram seus filhos em casa e 11% em unidades de obstetrícia (JONGE et al., 2017).

No Distrito Federal (DF), percebe-se um constante aumento na realização dos PD: em 2011, 47 nascimentos foram em casa, em 2013 foram 151 e em 2016 foram 213. Apesar de não haver uma diferenciação dos partos domiciliares planejados (PDP) dos PD desassistidos ou acidentais no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), há um aumento da ocorrência de mulheres consideradas instruídas, com escolaridade maior ou igual a 12 anos, 6,4% dos nascimentos domiciliares em 2011, 50,3% em 2013 e 65,7% em 2016, indicando aumento desta opção pelas famílias no DF (BRASIL, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2016; SANTOS et al., 2018).

Pesquisa sobre PDP assistidos por EO no Sul do Brasil revela o perfil das mulheres atendidas no período de 2002 a 2012, identificando média de idade de 29 anos, a maioria na faixa etária de 24 a 28 anos, 46,7% com ensino superior completo e, no histórico gestacional, a maioria era de primíparas (KOETTKER et al.,

2017). Estes dados são semelhantes ao identificado neste estudo no grupo de PPDP.

Outro estudo que revela os resultados dos PDP atendidos por EO no Distrito Federal (DF) também identificou como perfil das mulheres que tiveram seus filhos em casa em um PDP média de idade de 31,6 anos ($DP \pm 2,83$), 87% com ensino superior completo, 90% casadas ou em união estável (SANTOS et al., 2018). Dados esses semelhantes ao encontrado nesse estudo no grupo de PPDP.

Em outro estudo sobre a compreensão de escolha para o PDP na cidade de Campinas-São Paulo (SP), em seus dados sociodemográficos, é destacada a faixa etária das mulheres com predomínio entre os 25 e 29 anos, todas as participantes tinham ensino superior completo e eram casadas ou mantinham união estável (SANFELICE; SHIMO, 2015a). Dados esses que corroboram os encontrados neste estudo sobre o perfil da mulher no grupo de PPDP.

Um estudo de coorte prospectivo que coletou dados de PDP na Noruega, Dinamarca, Suécia e Islândia entre 2008 e 2013, incluiu 2.992 mulheres. A idade média da amostra foi de 32 anos, variação de 18 a 47 anos. A maioria das mulheres, independentemente do país, eram casadas ou coabitavam com companheiros (EDQVIST et al., 2016). Outro estudo conduzido no Canadá com PDP assistidos por parteiras identificou que as mulheres que optaram pelo PDP tinham menores chances de serem solteiras, a faixa etária de maior ocorrência foi de 25 a 35 anos (JANSSEN et al., 2009). Os dados encontrados neste estudos estão em consonância com os dados encontrados no grupo de PPDP, cuja população é composta por adultas jovens, casadas, e com ensino superior completo.

Um antigo estudo conduzido entre 1978 e 1980 no estado de Nova Jersey, Estados Unidos, no período 1978–1980, identificou que o perfil das pacientes que escolhiam o parto fora do hospital era de mulheres com faixa etária de 25–29 anos, casadas e com maior nível de escolaridade (13 ou mais anos de estudo). As razões para esta escolha foram o desejo de serem atendidas por uma parteira, ter a família presente, participar do processo decisório do parto e acreditar que o parto pudesse ser natural (SCHNEIDER, 1986). Com isso, é possível identificar que há mais de 30 anos, o perfil da mulher que opta pelo parto domiciliar permanece o mesmo.

Quando observamos o grupo de PPDAAT, identificamos média de idade menor, bem como menor índice de escolaridade, e o estado civil majoritário é de

solteira. Sendo assim, observam-se menor incidência de mães solteiras e ocorrência maior de alto nível de escolaridade nas mulheres que optam por um PDP.

Há um perfil descrito na literatura dos partos domiciliares acidentais, em que situações de risco materno estão ligadas, como solteiras, ao baixo nível de escolaridade, elevado número de filhos e à falta de assistência pré-natal (RODIE et al., 2002; SHEINER et al., 2002). Este perfil é compatível com o perfil dos grupos de possível parto domiciliar acidental estabelecido neste estudo.

Um estudo transversal conduzido em Sherkole, oeste da Etiópia, onde são altas as taxas de parto em casa, coletou dados de mais de 400 mulheres em idade fértil que tiveram seus filhos em casa, identificou que 80% não teve assistência de parteira qualificada, mas, sim, de parteiras tradicionais ou outros familiares. A idade média era de 26,8 anos, e um fator preditor do local de parto foi a ocupação, sendo que donas de casa tinham duas vezes mais chances de ter um parto em casa em comparação com mulheres agricultoras (BERHE; NIGUSIE, 2020).

Podemos entender que quanto maior o nível de escolaridade, maior a busca e o acesso a informações, o que faz com que os casais optem por ter seus filhos em casa com uma assistência profissional qualificada, pois a escolha do PDP está relacionada à busca de informações e compreensão do processo de parto e nascimento, instiga a crítica ao modelo vigente de assistência ao parto e nascimento por compreender melhor o processo de parto e nascimento. Esta apropriação do saber torna os casais mais seguros de suas escolhas, prontos e preparados para terem seus filhos em casa (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013; SANFELICE; SHIMO, 2015b; SOUZA et al., 2020).

Ter um parceiro pode ser uma variável em destaque para a decisão pelo PDP, considerando que o apoio do companheiro se torna essencial na construção do caminho para definir o nascimento em casa (CALVETTE et al., 2011).

Ainda no que se refere à idade materna, há um crescente no número de nascimentos de mulheres tendo filhos com 35 anos ou mais, IMA, e esta condição pode estar associada a problemas de saúde prévios, complicações na gravidez e risco aumentado de resultados adversos, como natimortos e anomalias congênitas, complicações no parto, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterino, entre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012b; SCOTLAND, Public Health Scotland, 2021). Um estudo conduzido em maternidades públicas e privadas entrevistou mais

de 10 mil mulheres e identificou ocorrência de 11% de mulheres em IMA, dados esses semelhantes a este estudo em que a ocorrência foi de 14%. Além disso, o estudo identificou ocorrência de três filhos ou mais nas mulheres de IMA, o que é compatível com os achados nos grupos de PPDAAT e PPDAPT (VIELLAS et al., 2021).

É importante ressaltar a diferença de paridade das mulheres de IMA entre os grupos deste estudo. Uma revisão sistemática elencou duas diferenças entre as mulheres de IMA, sendo elas divididas em nulíparas e múltiparas. O primeiro grupo seria de mulheres de poder aquisitivo elevado, em que ocorre um adiamento da gestação pela priorização da carreira e estudo. Já o segundo grupo seria composto de mulheres de baixa renda e com vários filhos, que ainda engravidam por falta de planejamento familiar (MARTINELLI, 2018). Esses dados vão ao encontro do identificado neste estudo, em que o grupo de PPDP apresentou menor número de paridade, média de um filho vivo por mulher, em relação aos outros grupos, média de três filhos vivos por mulher, além do que já foi demonstrado a respeito do nível de escolaridade maior no grupo de PPDP, quando comparado ao grupo de PPDAAT e PPDAPT.

Acredita-se que as mulheres do grupo de PPDP tenham um poder aquisitivo elevado, pois o acesso a um atendimento de PDP é feito de forma particular, não sendo disponibilizado pelo SUS, acarretando exclusão das mulheres que não têm condições de fazê-lo. A única exceção de oferta pública deste serviço é em Belo Horizonte, onde há um hospital público que oferece o atendimento, porém não faz parte das diretrizes do SUS (SANTOS et al., 2018).

Sendo assim, para que outros grupos de mulheres possam ter acesso ao PDP, incluindo mulheres mais novas e/ou com menor poder aquisitivo, são necessárias promoção e divulgação de informações sobre o PDP, não só para a população em geral como também para os profissionais de saúde, possibilitando uma abrangência maior de mulheres que possam usufruir da prática, independentemente da sua condição sociodemográfica (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

No que diz respeito à idade paterna, este dado teve uma discrepância no percentual de preenchimento dentro dos grupos. No grupo de PPDP, a completude foi considerada boa, mais de 90% dos dados preenchidos, segundo a classificação

de Costa e Frias (2009). Já nos outros dois grupos, quase 40% apresentaram falta de preenchimento, considerada ruim. O campo “idade do pai” foi introduzido no formulário em 2011 e mostra grau de completude muito ruim (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

Revisão integrativa identificou que o perfil das mulheres que tiveram um parto vaginal em instituições no setor público se refere a mulheres que se declararam pardas ou pretas (ROCHA; FERREIRA, 2020). Neste estudo, no grupo de PPDP, a raça/cor majoritária é branca, já no grupo de PPDAAT, temos um aumento da raça/cor parda, mas a branca segue com maior expressão. No Brasil, na população de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, 49,73% são pretas ou pardas, destas, 2,88% estão no estado do Paraná (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Assim, espera-se que o número de pretas e pardas neste estudo seja de menor ocorrência nos dados.

Um estudo de coorte conduzido na Inglaterra evidenciou uma diferença na segurança dos nascimentos de acordo com o histórico gestacional. Foram identificados 9,3 eventos de resultados perinatais adversos por 1.000 partos domiciliares planejados nas mulheres que eram nulíparas, em comparação com 5,3 por 1.000 partos que ocorreram em unidades obstétricas, ou seja, uma mulher nulípara parir em casa tem risco maior que parir em uma unidade obstétrica (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2010).

Neste estudo, mais da metade das mulheres que tiveram seus filhos em casa, no grupo de PPDP, nunca tiveram um parto vaginal anterior, ou seja, nulíparas. O mesmo achado foi encontrado nos estudos nacionais (SANFELICE; SHIMO, 2015a; KOETTKER et al., 2017; SANTOS et al., 2018). Já nos estudos internacionais, a maior parte das mulheres que tiveram um PDP já vivenciaram um parto vaginal anterior (secundípara), além disso, os estudos julgam mais seguro a escolha do PD para mulheres que já tiveram um parto vaginal anterior. (JANSSEN et al., 2009; SANDALL, 2013; HUTTON et al., 2015; EDQVIST et al., 2016).

A busca de nulíparas pelo PDP no Brasil pode evidenciar uma busca das mulheres que nunca pariram em procurar um modelo de assistência obstétrica diferente do modelo vigente. Este rompimento com o modelo de assistência hospitalar pode indicar uma fuga das intervenções e uma compreensão do processo de parto como processo natural e fisiológico (CURSINO; BENINCASA, 2020).

O PDP é recomendado para mulheres multíparas e de risco habitual, desde que assegurado, em tempo hábil, acesso a uma maternidade, nos casos em que há necessidade de transferência. Mesmo que as evidências internacionais apontem que o PDP é seguro, profissionais da saúde seguem alegando os perigos e danos de um PD sem assistência qualificada e acreditam que o único local seguro são as instituições (HINTON et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

Em relação às taxas de cesariana, a OMS orienta que a ocorrência de cesarianas seja de 10 a 15% dos nascimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015). Os grupos de PPDAAT e PPDAPT têm um histórico de cesarianas compatível com a porcentagem orientada de cesarianas pela OMS. Já o grupo de PPDP apresenta uma ocorrência de cesarianas maior que 20%. As taxas anteriores de ocorrência de cesariana no grupo de PPDP são mais elevadas em comparação ao identificado na literatura internacional, em que apenas 4,7% das mulheres tentaram um PDP após uma cesariana (EDQVIST et al., 2016). Na Austrália, a taxa de parto vaginal após cesariana (VBAC) é de 12,3% (KEEDLE et al., 2015). A cesariana prévia não é um fato que contraindica o parto normal, porém, pode-se necessitar de uma avaliação rigorosa para quando esta mulher optar por um PDP, tanto para sua elegibilidade, quanto durante o trabalho de parto (HUTTON et al., 2015).

Um estudo conduzido na Austrália com entrevistas semiestruturadas coletou informações de doze mulheres com o intuito de identificar a escolha pelo PDP após cesariana. Constatou-se que as experiências vividas das intervenções anteriores podem causar traumas físicos e emocionais, gerando impacto significativo em algumas mulheres, e dificuldades de flexibilização dos sistemas hospitalares e atitudes inflexíveis em relação aos cuidados com a parturiente dentro dos sistemas as fazem buscar outras alternativas. As participantes do estudo relataram que ter um parto vaginal em casa após uma cesariana trouxe benefícios para o casal e para o bebê (KEEDLE et al., 2015).

Na Europa, as taxas de cesariana variam de 14,8% na Islândia a 52,2% em Chipre. É fundamental identificar quais fatores relacionados explicam essa variação de taxa de cesariana entre as regiões para que seja possível informar estratégias para otimizar as taxas em todo o mundo. Entende-se que algum desses fatores

estão relacionados às características do sistema de atenção, em saúde, à maternidade (MACFARLANE et al., 2015)

Há diferenças quando se comparam os nascimentos institucionais no setor público e no setor privado referentes à via de nascimento, parto normal ou cesariana. Um estudo transversal com 920 puérperas entrevistadas identificou que a taxa de cesariana foi maior no setor privado (93,8%) do que no setor público (55,5%) (OLIVEIRA et al., 2016).

Um estudo de coorte de base populacional, usando diversas coletas de dados como Dados Perinatais de New South Wales, entre outros registros, coletou oito anos de dados, e uma amostra de 258.161 mulheres a termo identificou que mulheres que têm seus filhos em centro de parto ou em casa foram mais propensas a ter um parto normal em comparação com as mulheres em hospitais (HOMER et al., 2014).

Acredita-se que o grupo de PDPP tenha uma ocorrência maior de cesariana por este grupo ter, possivelmente, melhores condições socioeconômicas, além de serem mulheres de cor branca e com maior nível de escolaridade, condições presentes no perfil das mulheres vinculadas a planos de saúde, sendo as taxas de cesariana dentro deste sistema mais elevadas (PINTO; SORANZ, 2004; BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006; BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010).

Com relação ao histórico de aborto ou filho morto anterior, o aborto espontâneo tem origem multifatorial, de causas genéticas e não genéticas, podendo ou não essas causas estarem interligadas. De todas as gestações diagnosticadas, 15 a 20% terminam em aborto espontâneo, a maioria dentro das primeiras 13 semanas de gestação (MORA-ALFEREZ et al., 2016; ZHOU et al., 2016). Essa porcentagem de perda gestacional é semelhante ao identificado neste estudo, não sendo possível fazer outras inferências referentes a esta temática pela limitação dos dados coletados para esta pesquisa.

A qualidade da assistência pré-natal tem se tornado cada vez mais importante pela persistência de altos índices de mortalidades materna e perinatal (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). O MS orienta que deve ser garantido um mínimo de seis consultas de pré-natal para a gestante (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012a). Os grupos de PPD acidental apresentaram taxas de 25%, cada

grupo, de ocorrência de consultas (1 a 5 consultas), ou seja, abaixo do orientado pelo MS.

Para a ausência de consultas de pré-natal, as taxas foram equivalentes às encontradas em um estudo do tipo ecológico sobre a mortalidade materna em Aracaju, Sergipe, que coletou 10 anos de dados (2000 a 2010) de óbito materno e identificou que 12,5% das mulheres não haviam feito pré-natal e apenas 37% haviam feito sete ou mais consultas – este último dado também semelhante ao grupo de bebês prematuros/PPDPAAT (BORGES et al., 2013). Porém as taxas de ausência de pré-natal nos grupos de PPDA foram a metade do que foi identificado em um estudo de abrangência territorial no Brasil, de PD, sem diferenciação entre os planejados e os acidentais, tendo a ocorrência sido de 21,13% de mulheres que não haviam feito o pré-natal (CARVALHO et al., 2014).

O número de consultas de pré-natal feitas pelo grupo de PPDP é superior ao mínimo recomendado pelo MS, maior que seis consultas, e compatível com o encontrado na literatura de PDP e de parto vaginal hospitalar (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012a; KOETTKER et al., 2017; SILVA et al., 2020;).

Um estudo mundial verificou que a quantidade de consultas pré-natal diminuiu conforme a redução da renda em todas as regiões analisadas, sendo Ásia Oriental e Pacífico, Europa e Ásia Central, América Latina e Caribe, Oriente Médio e norte da África, sul da Ásia e na África subsaariana. No sul da Ásia, foi identificado que apenas 27% das mulheres mais pobres fizeram pelo menos uma consulta pré-natal, em oposição a 82% das gestantes com maior poder aquisitivo (PARUZZOLO et al., 2010).

Um estudo epidemiológico descritivo, envolvendo 101 puérperas em maternidade pública, avaliou a adequação da assistência ao pré-natal em gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Palmas/Tocantins, 2009, identificou média de 6,4 consultas por gestante, com idade gestacional média de início de pré-natal de 13,4 semanas. No índice de Kotelchuck modificado, 53,5% tiveram um pré-natal mais que adequado (SILVA; MONTEIRO, 2010). Os dados deste estudo assemelham-se aos dados encontrados nesta pesquisa.

Um estudo transversal com análise descritiva dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PN) identificou elevada cobertura do acompanhamento do pré-natal (97,4% IC95% 96,5-98,4) e início do pré-natal com menos de 13 semanas de

gestação (83,7% IC95% 80,7-86,6). Além disso, as regiões norte e nordeste apresentaram menor proporção de número de consultas de pré-natal por gestante, e mesmo com a elevada cobertura de assistência ao pré-natal no Brasil, ainda há inadequação no acesso ao sistema de saúde (NUNES et al., 2017).

Um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, conduzido com gestantes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, identificou que elas se sentem satisfeitas em relação à qualidade da consulta de pré-natal, no âmbito do acolhimento, respeito e no compromisso dos profissionais médicos e enfermeiros, porém desconhecem a importância do pré-natal e o preconizado pelo MS para este acompanhamento (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019).

Em relação à adequação do pré-natal, que considera tanto o início precoce quanto o número mínimo de consultas, um estudo da pesquisa Nascer no Brasil, com o objetivo de verificar as desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto nos serviços públicos de saúde no Brasil, identificou que as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências de adequação do pré-natal, além de identificar que gestantes com pré-natal inadequado foram mais suscetíveis a terem recém-nascidos prematuros espontaneamente (LEAL et al., 2020).

Uma pesquisa com coleta em banco de dados desenvolvida no Canadá verificou maiores taxas de inadequação do pré-natal nas áreas menos favorecidas e com menos de nove anos de educação. Mais da metade das mulheres deste estudo, que tiveram um parto domiciliar prematuro, não fizeram pré-natal ou o fizeram de forma inadequada, porém deve-se levar em conta que este cálculo não considerou o número de consultas de pré-natal equivalentes para a semana gestacional em que o nascimento ocorreu, sendo assim, é de se esperar que uma gestação que aconteceu na 26ª semana tenha tido menos consultas de pré-natal do que uma gestação que ocorreu na 36ª semana (HEAMAN et al., 2007). O grupo dos bebês prematuros apresenta mais de 50% de sua população com nível educacional menor que 8 anos.

Outro estudo que buscou avaliar a adequação do atendimento ao pré-natal ofertado nas capitais brasileiras através de dados públicos do SINASC por meio do indicador de Kotelchuck modificado analisou 685.286 nascimentos e apenas 2,3% das mulheres não receberam atendimento pré-natal, e 79,7% foi a média de

adequação do pré-natal. O pré-natal inadequado mostrou associação com idade menor de 20 anos, escolaridade menor que quatro anos, raça/cor não branca e situação conjugal sem companheiro (BENZAKEN *et al.*, 2020). Este perfil de mulher, com pré-natal inadequado, é semelhante ao encontrado neste estudo.

Um estudo conduzido no Rio Grande do Sul, em 2010, que entrevistou 2.395 mães para medir a prevalência e identificar fatores associados à inadequação do pré-natal, revelou que a prevalência de ocorrência do pré-natal inadequado foi maior entre mães mais pobres. Um quarto das gestantes fez pré-natal inadequado (SAAVEDRA; CESAR, 2015). Neste estudo, 22% das mulheres que tiveram um possível parto domiciliar não planejado apresentaram pré-natal inadequado, enquanto as mulheres do grupo de PPDP apresentaram apenas 4% de inadequação.

Um documento sobre a análise da situação de saúde do Brasil publicado em 2017 pelo MS descreve e analisa, além de outras informações, o perfil dos nascimentos com enfoque na adequação da assistência ao pré-natal. O acesso ao pré-natal classificado como adequado ou mais que adequado ocorreu para 70% das mulheres, com valores maiores para os estados do Sul e Sudeste, e menores para os estados do Nordeste. A adequação ao pré-natal aumentou com a idade. Maiores níveis de escolaridade foram encontrados para a raça/cor branca/amarela (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja seguida como instrumento padrão para avaliação, monitoração e comparação das taxas de cesariana ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre as instituições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Nos anos 2014 e 2015, entre todos os nascimentos ocorridos no Brasil, independentemente da via de parto, 60% representavam os grupos um a quatro da classificação de Robson, grupos em que o risco de cesariana é menor. Já o grupo cinco, gestação única, com antecedente cesárea, cefálica e a termo, representava 20% no período, constatando, assim, que os grupos de um a cinco da classificação de Robson representaram 80% dos nascimentos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018). Neste estudo, os grupos de um a cinco também apresentaram maior incidência, com quase totalidade da representação nos grupos de um e cinco.

No que se refere à duração de uma gestação, um estudo conduzido em um município de Minas Gerais (MG) identificou que mais de 80% dos nascimentos vaginais ocorreram após as 36 semanas de gestação, dados que equivalem aos encontrados neste estudo. As gestações únicas costumam durar em média 40 semanas a contar do primeiro dia da última menstruação até a data provável do parto (DPP)), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; SILVA et al., 2020) Esses dados vão ao encontro do que foi identificado neste estudo.

Antigamente, acreditava-se que o período de três semanas antes e duas semanas após a DPP não acarretaria alterações na taxa de mortalidade ou no bem-estar fetal, porém têm sido identificadas diferenças nos resultados e maior morbidade respiratória variando, dependendo do momento do parto. A ocorrência de resultados neonatais adversos é mais baixa em gestações não complicadas que ocorreram entre 39s e 40 6/7s (TITA et al., 2009). A taxa de mortalidade perinatal em gestações de 42 semanas é duas vezes maior que em gestações a termo (4-7 mortes contra 2-3 mortes por 1.000 partos), e dobra após 43 semanas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Nesta pesquisa, o grupo de PPDP não apresentou nenhuma ocorrência de Apgar no 5º minuto menor que sete, apenas uma ocorrência de Apgar menor que quatro no 1º minuto nos nascimentos maiores ou iguais a 41s. Já no grupo de PPDAAT, mesmo com baixo índice de completude destes dados, cinco nascimentos apresentaram Apgar menor que quatro no 1º minuto, sendo que dois permaneceram com nota zero no 5º minuto nos nascimentos maiores ou iguais a 41s. É preciso considerar que não há como comparar índices de mortalidade, visto que os dados foram extraídos da DNV.

Um nascimento sem assistência pode aumentar o risco de complicações. Um estudo de coorte prospectivo que analisou mulheres hospitalizadas com complicações relacionadas ao PDP na República Tcheca identificou maior frequência de complicações em mulheres que moravam em cidades muito populosas, com nível de escolaridade aumentado, e como fator de risco, identificou a nuliparidade, a gravidez pós-data (maior que 41s) e a falta de cuidados pré-natais de rotina, sendo que a maioria destas mulheres (60%) não recebeu atendimento profissional durante o parto (KřEPELKA et al., 2020). Isso ressalta os dados encontrados no grupo de PPDP, em que os nascimentos ocorreram com assistência

profissional, tendo majoritariamente os resultados neonatais sido satisfatórios. Não é possível analisar a qualidade dos nascimentos do grupo de PPDAAT por haver um alto índice de incompletos.

Com o objetivo de analisar fatores associados ao Apgar de quinto minuto menor que sete, um estudo descritivo transversal conduzido com recém-nascidos de mulheres que tiveram seus bebês em um Centro de Parto Normal (CPN) avaliou 9.135 nascimentos entre 2001 e 2012. Como resultado, 0,6% dos recém-nascidos tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto. A análise multivariada encontrou positiva associação no baixo Apgar e IG menor que 37 semanas, patologias na gestação e intercorrências no trabalho de parto. Além disso, a presença do acompanhante foi um fator protetor. O baixo risco de ter um filho em um CPN ocorre quando é mantida uma seleção de mulheres de baixo risco (SANTOS et al., 2019).

São identificados, a cada ano, 24 mil recém-nascidos vivos no Brasil com alguma anomalia congênita diagnosticada ao nascer, sendo esta, a segunda principal causa de morte entre os menores de cinco anos. Porém, acredita-se que este número seja subestimado, pois, embora algumas anomalias sejam possíveis de diagnóstico no nascimento, é necessário conhecimento técnico específico para a avaliação destes casos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2021).

Neste estudo, mais de 44% dos nascimentos não contaram com a presença de um profissional de saúde na hora do nascimento, o que pode causar uma deficiência na qualidade do preenchimento dos dados na DNV. A taxa de nascimento com anomalia congênita identificada neste estudo é comparável com a encontrada na literatura, em que a ocorrência, em ambos os estudos, foi menor que 0,5% (CARVALHO et al., 2014).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo está na ausência de alguns registros não informados na ficha de DNV pelo profissional que a preencheu, impedindo algumas avaliações como apgar, idade paterna, entre outras, que talvez pudessem ter ampliado a perspectiva de elucidação dos grupos. Além disso, o desenho da pesquisa e a análise descritiva podem ser outra limitação, pois não permitem fazer referências em relação aos dados, se são significativos ou não.

8 CONCLUSÃO

Este estudo identificou a ocorrência e o perfil dos partos domiciliares no estado do Paraná e constatou diferenças no perfil das mulheres que têm seus filhos em casa. Por um lado, mulheres com maior nível de escolaridade, menor número de filhos, casadas ou que coabitam com companheiro, maior adequação do pré-natal, possivelmente optam pelo parto domiciliar de forma planejada; por outro lado, temos um perfil de mulheres com menor nível de escolaridade, maior prole e solteiras, que provavelmente têm seus filhos em casa de forma acidental, não planejada.

Há de se destacar, também, a presença da figura do profissional Enfermeiro dentro do processo de parturição domiciliar por ser capacitado e não haver impeditivos dentro do seu conselho de classe para exercer esta função. Além disso, o atendimento ao parto domiciliar pelo enfermeiro obstetra mostrou positivas taxas de completude dos dados na ficha de DNV e desfecho neonatal favorável considerando as notas de APGAR, além dos benefícios do acompanhamento por este profissional descritos na literatura.

Neste estudo, identificou-se a importância de estabelecer a divisão dos nascimentos que ocorrem no domicílio entre os planejados e os acidentais, pois é possível que existam dois perfis de mulheres e de desfechos maternos e perinatais divergentes pertencendo ao mesmo grupo. A existência desta diferenciação pode promover maior visibilidade desta modalidade de assistência e positivos desfechos maternos e neonatais.

Além disso, uma melhor identificação poderá abrir espaços para estudar os reais riscos e benefícios de um parto domiciliar planejado, bem como traçar com clareza os fatores de risco que fomentam um parto domiciliar desassistido, podendo atuar com antecedência e incluir políticas públicas que abranjam esses grupos, tornando os indicadores de saúde com melhor fidedignidade.

Como contribuição, os resultados apresentados possibilitam visualizar o PDP como uma opção existente, viável e segura. É preciso que a sociedade conheça e entenda sua existência dentro da possibilidade no cenário de parturição. Promover discussões sobre este tema pode ampliar a possibilidade de que um maior

número de mulheres possa se beneficiar da prática, para isso, este estudo será divulgado entre os órgãos competentes, instituições de apoio ao parto e nascimento e associações como a Abenfo e Coren.

REFERÊNCIAS

- ACKER, J. I. B. V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 647-51, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000500010>>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- ALMEIDA, M. F. et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 366-75, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000300006>>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The Apgar Score. **Pediatrics**, v. 117, n. 4, p. 1444-7, 2006. Acesso em: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-0325>>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. 4^a. ed. Campo Grande, MS: 2011. Disponível em: <<http://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/05/dologia-4-edicao-2011.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.
- ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- BENZAKEN, A. S. et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00057219>>. Acesso em: 16 mai. 2021.
- BERHE, R., NIGUSIE, A. Magnitude of home delivery and associated factors among child bearing age mothers in Sherkole District, Benishangul Gumuz regional state-Western-Ethiopia. **BMC Public Health**, v.20, n. 796, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08919-8>>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP (England) (org.). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **Bmj, England**, v. 343, n. 234, p. 1-13, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d7400>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- BLIX, E. et al. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. : a systematic review. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, v. 14, n. 179, p. 1-11, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- BORGES, C. L. M. S. et al. Evolução temporal e diferenciais intraurbanos da Mortalidade Materna em Aracaju, Sergipe, 2000-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 307-16, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200012>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar**. Brasília; 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**. Brasília; 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2010_mes12_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. Casa Civil. Decreto n. 94.406/87. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Legislação. Brasília; 1986. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>.

_____. Casa Civil. **Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012**. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo – DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 6 jul. 2012. Seção 1. p. 109. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12662.htm>. Acesso em: 18 nov. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>>. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Nascidos Vivos do Brasil**: banco de dados. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Nascidos Vivos do Brasil**: banco de dados. 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Local de nascimento, domicílio, ano 2006 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Anomalias Congênitas**. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/a/anomalias-congenitas#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20do,anomalia%20cong%C3%AAnita%20diagnosticada%20ao%20nascimento>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Jan. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DN_2011_jan.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Gestação de alto risco**. 5ª ed. 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos: pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 160 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998**. Dispõe sobre as atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetritz. Disponível em: <<https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: MS; 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRIGANTE, L. et al. **Guidance for provision of midwife-led settings and home birth in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic**. London, 2020. Disponível em: < <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-10-guidance-for-provision-of-midwife-led.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CALVETTE, M. F. et al. Planned Homebirth in Brazil with Nurse-Midwife Assistance: Perceptions of Women and Companions. **Midwifery Today Int Midwife**, n. 98, p. 55-8, 2011. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/21882751>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

CARVALHO, I. S. et al. Perfil Epidemiológico de Partos e Nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. **Rev Enferm UFPE**, v. 2, n. 8, p. 3847-54, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6679-58323-1-ED.0811201405>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

Centraal Bureau Voor de Statistiek (CBS). **Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 2003**. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg, Heerlen; 2003. Disponível em: <<https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2004/12/vademecum-gezondheidsstatistiek-nederland-2003>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

CLODE, N. A classificação de Robson: Apenas uma forma de classificar cesarianas?. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 11, n. 2, p. 80-2, 2017. Disponível em: < http://www.fspog.com/fotos/editor2/05-ao_17-00025.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev Enf Ref**, v. III, n. 2, p. 81-90, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2020.

COLLEGI OFICIAL INFERMERIA DE BARCELONA. Guia d' assistència del part a casa. Barcelona, 2010. Disponível em: <<https://www.coib.cat/Rendering/Render/ca-ES/67332b40-07ca-44d2-bf91-857267029f6a>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

COMEAU, A. et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. **Birth**, v. 45, n. 3, p. 311-21, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/birt.12339>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 524, de 04 de outubro de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 07 de out de 2016. Edição 194. Seção 1. P. 80. Disponível em: <<https://sintse.tse.jus.br/documentos/2016/Out/7/saude-normas-e-noticias/resolucao-no-524-de-4-de-outubro-de-2016-altera-a>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN-PR). **Parecer técnico nº001/2016**. Atuação de Enfermeiro Obstétrico que assiste o parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascido Vivo. Curitiba: COREN-PR, 2016. Disponível em: <https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-001-Atuacao_enfermeiro_obstetrico_parto_domiciliar_declaracao_nascido_vivo.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. **Resolução n.193 de 03 de setembro de 2019**. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar; dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômio materno-fetal. Santa Catarina, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CRESPO, C. D.; BASTOS, A. A.; CAVALCANTI, W. A. A pesquisa do registro civil: condicionantes do sub-registro de nascimentos e perspectivas de melhorias da cobertura. In: **Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_581.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência ao pré-natal, parto e puerpério**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. 146 p.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1433-44, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DAVIES-TUCK, M. L. et al. Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of victorian perinatal data. : a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1996-6>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 28, p. 425-37, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DURAN, A M. The safety of home birth: the farm study. **American Journal Of Public Health**, v. 82, n. 3, p. 450-3, 1992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.82.3.450>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

EDQVIST, M. et al. Perineal injuries and birth positions among 2.992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. **Bmc Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0>>. Acesso em: 10 maio 2021.

FINIGAN, V.; CHADDERTON, D. Facilitating homebirth. **Pract Midwife**, v. 6, n. 18, p. 27-30, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26320334>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

FORSTER, D. A. et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: a cross-sectional survey: A cross-sectional survey. **Women and Birth**, v. 32, n. 3, p. 221-30, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.019>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais Questões sobre a Classificação de Robson em Obstetrícia. 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-classificacao-de-robson-em-obstetricia/>>. Acesso em: 17 out. 2019.

FULLERTON, J. T.; NAVARRO, A. M.; YOUNG, S. H. Outcomes of Planned Home Birth: an integrative review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 4, p. 323-33, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.02.016>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

GURARA, M. et al. Traditional birth attendants' roles and homebirth choices in Ethiopia: a qualitative study. **Women and Birth**, v. 33, n. 5, p. e464-e72, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.004>>. Acesso em: 25 fev. 2020.

HEAMAN, M. I. et al. Social Inequalities in Use of Prenatal Care in Manitoba. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 29, n. 10, p. 806-16, 2007. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32637-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32637-8)>. Acesso em: 18 abr. 2021

HINTON, L. et al. Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? a qualitative study using online and face to face focus groups. **Bmc Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>>. Acesso em: 08 out. 2019.

HOMER, C. S. et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **Bmc Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 2-12, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-206>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

HOSMER, L. Home Birth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 44, n. 4, p. 671-80, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/00003081-200112000-00007>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

HUTTON, E. K. et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188, n. 5, p. 80-90, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.150564>>. Acesso em: 15 abr. 2021

HUTTON, E. K. et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. **Eclinicalmedicine**, v. 14, p. 59-70, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>>. Acesso em: 15 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características étnico-raciais da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em: jan. 2021.

JACKSON, M.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 561-7, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.002>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 6-7, p. 377-83, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.081869>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 122, n. 5, p. 720-8, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13084>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

JONGE, A. et al. Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: a cross-national comparison of birth settings in England and Netherlands. **Plos One**, v. 12, n. 7, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180846>>. Acesso em: 05 mai. 2021.

JOHNSON, K. C.; DAVISS, B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **Bmj**, v. 330, n. 7505, p. 1-7, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7505.1416>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

JOUHKI, M.; SUOMINEN, T.; ÅSTEDT-KURKI, P. Giving birth on our own terms—Women's experience of childbirth at home. **Midwifery**, v. 53, p. 35-41, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

KEEDLE, H. et al. Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. **Bmc Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0639-4>>. Acesso em: 19 mai. 2021

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

KOETTKER, J. G. et al. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017034003371>>. Acesso em: 25 out. 2019

KOETTKER, J. G. et al. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

KŘEPELKA, P. et al. Complications of planned home births in the Czech Republic between 2016–2017. **Central European Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, p. 230-6, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a5641>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

LEAL, M. C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 8, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

LEE, S.; HOLDEN, D.; AYERS, S. How women with high risk pregnancies use lay information when considering place of birth: a qualitative study. : A qualitative study. **Women and Birth**, v. 29, n. 1, p. 13-7, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.010>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

LESSA, H. F. **Parto em casa: vivências de mulheres**. 2003. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

<<https://static1.squarespace.com/static/5d7991190f85d754469fd53e/t/5daf49f68472b97b862a28a0/1571768826128/Dissertacao-mestrado-heloisa-lessa-2010.pdf>>.

Acesso em: 16 abr. 2020.

LINDGREN, H.; HILDINGSSON, I.; RADESTAD, I. A Swedish interview study: parents assessment of risks in home births. **Midwifery**, v. 22, n. 1, p. 15-22, 2006.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2005.04.002>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

LOIOLA, A. M. R. et al. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1-10, 2020.

Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039>.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66039/pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

LONGWORTH, L.; RATCLIFFE, J.; BOULTON, M. Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. **Health & Social Care in the Community**, v. 9, n. 6, p. 404-13, 2001. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2524.2001.00319.x>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

MACFARLANE, A. et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the euro-peristat study. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 4, p. 559-68, 2015.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13284>>. Acesso em: 17 mai. 2021.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MAIMBURG, R. D. Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital – A descriptive study. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 16, p.82-5, 2018. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.011>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARTINELLI, K. G. **Implicações da idade materna avançada em desfechos maternos e perinatais**. 2018. 138f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34066?mode=full>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MORA-ALFEREZ, A. P. et al. Anomalias cromosômicas en abortos espontáneos. **Rev peru ginecol Obstet**, v.62, n.2, p.141-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2019.

NASCIMENTO, K. C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/Am. Envira/AM. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 319-27, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000200012>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Intrapartum Care**: London, 2017. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

NATIONAL HEALTH SERVICE. Feeling better? Improving patient experience in hospital. NHS Confederation: Kingdom, 2010. Disponível em: <https://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Feeling_better_Improving_patient_experience_in_hospital_Report.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

NATIONAL SERVICES SCOTLAND. Births in Scottish Hospitals. A National Statistics Publication for Scotland, 2017. Disponível em: <<https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Maternity-and-Births/Publications/2017-11-28/2017-11-28-Births-Report.pdf?>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

NEW SOUTH WALES. NSW DEPARTMENT OF CUSTOMER SERVICE. **Register life**. 2020. Disponível em: <<https://www.bdm.nsw.gov.au/Pages/births/birth-registration.aspx#Registeringahomebirth>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

NIEMEYER, C. Máquinas de fazer gente: historiadora demonstra como o controle das mulheres e de seus corpos foi condição para o florescimento do capitalismo. **Radis**, n. 180, p. 2, 2017.

NUNES, A. D. S. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem; 2000.

OLIVEIRA, R. R. et al. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 733-40, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

OLSEN, O.; CLAUSEN, J. A. Planned hospital birth versus planned home birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, p. 1-28, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000352.pub2>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

ONTARIO. Ministry of Health. **Registration Process**. Ontário, 2012. Disponível em: <http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ohip/eligibility_2.aspx>. Acesso em: 20 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde relacionados**, 10ª revisão. Volume 2. 2ª ed. Genebra: OMS; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

_____. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Rede Mãe Paranaense**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Regionais de Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>>. Acesso em: 21 mar. 2020.

PARUZZOLO, S. et al. **Targeting poverty and gender inequality to improve maternal health**. International Center for Research on Women: Washington, 2010. Disponível em: <<https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Targeting-Poverty-Gender-Inequality-Improve-Maternal-Health.pdf>>. Acessado em: 18 abr. 2021.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000100009>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. PRATES, L. A. et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 1247-56, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev Enferm UERJ**, v. 17, n. 2, p. 165-9, 2009.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (REHUNA). **Nossa História: Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. 2019. Disponível em: <<http://rehuna.org.br/nossa-historia/>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

_____. **Recomendações para a assistência ao parto e nascimento em tempos de pandemia de Covid-19: em defesa dos direitos das mulheres e dos bebês**. 2020. Disponível em: <<http://rehuna.org.br/recomendacovid19/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-59, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2002000200014>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

RODIE, V. A. et al. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, n. 1, p. 50-4, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1046/j.0001-6349.2001.00420.x>>. Acesso em: 15 maio 2021.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 556-68, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012521>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SAKALA, C. et al. **Listening to Mothers in California: a population-based survey of women's childbearing experiences**. National Partnership for Women & Families: Washington, 2018. Disponível em: <<https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2018/09/ListeningMothersCAFullSurveyReport2018.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

SANDALL, J. Birthplace in England Research—Implications of New Evidence. **The Journal of Perinatal Education**, v. 22, n. 2, p. 77-82, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.77>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1003-14, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0201-311x00085014>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Home Birth: understanding the reasons for this choice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875-82, 2015a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Social representations on home birth. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 606-13, 2015b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SANTOS, N. C. P. et al. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 3, p. 297-304, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>>. Acesso em: 19 maio 2021.

SANTOS, S. S. et al. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129-43, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SCARF, V. L. et al. The cost of vaginal birth at home, in a birth centre or in a hospital setting in New South Wales: a micro-costing study. **Women and Birth**, v.33, n. 3, p.

286-93, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.003>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SCHNEIDER, D. Planned out-of-hospital births, New Jersey, 1978–1980. **Social Science & Medicine**, v. 23, n. 10, p. 1011-15, 1986. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90258-3](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(86)90258-3)>. Acesso em: 20 maio 2021.

SCOTLAND. Public Health Scotland. **Maternidade e nascimentos**. Disponível em: <<https://beta.isdscotland.org/topics/maternity-and-births/>>. Acesso em: 05 abr. 2021

SILVA, E. V. et al. Relationship between the type of delivery and the epidemiological profile of prenatal and perinatal assistance in a municipality of Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 1, p. 241-47, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100013>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILVA, F. M. B. et al. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1031-8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000500004>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

SILVA, M. B.; MONTEIRO, P. S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas -TO, 2009. **Comun Ciênc Saúde**, v. 1, n. 21, p. 21-30, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2010Vol21_1art04adequacao prenatal.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm**, v. 1, n. 16, p. 82-7, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21116>>. Acesso em: 26 abr. 2020

SMULDERS, B. The place of birth: the Dutch midwifery system. Protecting, Supporting and promoting midwifery. **Birth International**, 1999. Disponível em: <https://birthinternational.com/the-place-of-birth-the-dutch-midwifery-system/>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo**. 2005. 156f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101721/222234.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. acesso em: 04 abr. 2021.

SOUZA, N. R. et al. Desafios enfrentados por enfermeiros obstetras para a promoção do parto domiciliar na contemporaneidade. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 268, p. 4654-65, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4654-4665>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SPONG, C. Y. Defining “Term” Pregnancy. **Jama**, v. 309, n. 23, p. 2445-6, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.6235>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

STOLL, K. H.; HAUCK, Y. L.; HALL, W. A. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among western Australian students. **Women and Birth**, v. 29, n. 1, p. 33-8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.187>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 23, n. 3, p. 520-6, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SHEINER, E., et al. Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 47, n.8, p. 625–30, 2002. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/12216428>>. Acesso em: 13 ajn. 2021.

SWEENEY, S.; O’CONNELL, R. Puts the magic back into life: fathers: experience of planned home birth. **Women and Birth**, v. 28, n. 2, p. 148-53, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.12.001>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

TITA, A. T. N. et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 2, p. 111-20, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa0803267>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

THOMAS, J.; PARANJOTHY, S. **National Sentinel Cesarean Audit Report**. Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas 17, 2001. Disponível em: <<http://orca.cf.ac.uk/93112/>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

TORNQUIST, C. S. Humanizando nascimentos e partos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 255-8, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832006000100018>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 847-58, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

WALKER, J. J. Planned home birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 43, p. 76-86, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>>. Acesso em: 16 mar. 2020.


WHITE, C. et al. A pathway to establish a publicly funded home birth program in Australia. **Women and Birth**, v.33, n. 5, p. e420-e8, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.007>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: 2018a. 200 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D13A0EB2A5EE1E105AC842AF9BD59891?sequence=1>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva: 2018b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ZHOU, H. et al. Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in china. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 206, p. 57-63, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.514>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 704 2027 2454 5880	
I	1 Nome do Recém-nascido (RN)				
	2 Data e hora do nascimento			3 Sexo	
	2 Data Hora			3 M - Masculino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>	
	4 Peso ao nascer			5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos	
II	6 Comprimento			7 Perímetro cefálico	
	6 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las			7 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/>	
	8 Local da ocorrência			9 Estabelecimento	
	8 1 Hospital 3 Domicílio 5 Aldeia Indígena 9 Ignorado			9 Código CNES	
III	10 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)			11 CEP	
	12 Bairro/Distrito			13 UF	
	14 Nome da Mãe			15 Cartão SUS	
	16 Escolaridade (última série concluída)			17 Ocupação habitual	
IV	18 Data nascimento da Mãe			19 Idade (anos)	
	20 Naturalidade da Mãe			21 Situação conjugal	
	22 Raça / Cor da Mãe			23 Logradouro	
	24 CEP			25 Bairro/Distrito	
V	26 Município			27 UF	
	28 Nome do Pai			29 Idade do Pai	
	30 Histórico gestacional			31 Gestação atual	
	30 Nº gestações anteriores Nº de partos vaginais Nº de cesáreas Nº de nascidos vivos Nº de perdas fetais / abortos			31 Idade Gestacional 32 Data da Última Menstruação (DUM) 33 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada 34 Método utilizado para estimar	
VI	35 Tipo de parto			36 Apresentação	
	37 Tipo de parto			38 Tipo de parto	
	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?			40 Nascimento assistido por	
	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas				
VII	42 Data do preenchimento			43 Nome do responsável pelo preenchimento	
	44 Função			45 Tipo documento	
	46 Nº do documento			47 Órgão emissor	
	48 Cartório			49 Registro	
VIII	50 Data			51 Município	
	52 UF				

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

